

Le vécu des couples lors d'une fausse couche du premier trimestre

Mémoire de Fin d'Etudes

Travail de Bachelor

Camille BOILLER

N° 07254675

Directrice : Barbara KAISER, professeure à la H.E.D.S

Genève, septembre 2014

Résumé :

Background : La fausse couche du premier trimestre concerne 12% à 24% des grossesses. Elle est donc fréquente et touche beaucoup de femmes lors du début de grossesse. Si l'on en connaît bien les aspects médicaux, l'épidémiologie et les facteurs de risque, en revanche, le vécu d'un tel évènement est peu étudié. La littérature évoque plutôt le vécu des pertes tardives de la grossesse telles que la fausse couche tardive, la mort in utéro et parle de deuil périnatal dans ces situations. Mais la fréquence de la fausse couche précoce n'en fait pas pour autant un évènement banal pour les couples concernés.

Objectifs : Cette revue de littérature s'intéresse au vécu des couples lors d'une fausse couche du premier trimestre. Sur la base d'un cadre de références théoriques et de diverses recherches, elle questionne la possibilité de vivre une perte précoce de la grossesse comme un deuil périnatal.

Méthodologie : La revue de littérature s'étaye sur sept études, dont quatre qualitatives et trois quantitatives, évoquant le vécu des couples lors d'une fausse couche précoce. Chaque étude a été analysée, les résultats ont été détaillés et synthétisés. Tous les résultats ont été rassemblés et croisés afin de faire ressortir différentes dimensions relatives au vécu des couples. Enfin, les résultats ont été discutés, faisant appel à d'autres études.

Résultats : La fausse couche du premier trimestre peut amener un vécu de deuil périnatal chez les couples. Mais tous ne la vivent pas comme tel. Ainsi, certains facteurs sont à prendre en compte dans l'intensité du vécu. Enfin, la revue de littérature souligne que le point de vue et le regard des professionnel(le)s sur la fausse couche et le vécu du couple sont essentiels et influencent leur santé mentale.

"Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la Haute école de santé de Genève, du Jury ou du directeur/directrice du Travail de Bachelor. J'atteste avoir réalisé seule le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques".

Le 11/07/14

Camille Bouiller

Remerciements

Un grand merci à Barbara KAISER, professeure à la H.E.D.S et directrice du mémoire pour ses précisions, conseils, pour m'avoir suivie et guidée durant tout ce temps de recherche.

Merci à Susanna EL ALAMA, sage-femme, pour son investissement comme experte de terrain et juré.

Merci à Yolande MEYNET, chargée d'enseignement, pour son investissement en tant que juré.

Enfin je ne peux terminer sans remercier mon entourage qui m'a supportée, encouragée et soutenue.

Sommaire

Résumé :.....	2
Remerciements	3
Sommaire.....	4
Introduction générale.....	8
1. Choix du thème:.....	9
2. Questionnement professionnel:	9
Cadre de références théoriques:	12
Notions théoriques et épidémiologie de la fausse couche	13
1. Définition de la fausse couche :	13
2. Autres pertes périnatales :	13
3. Epidémiologie de la fausse couche précoce:	14
4. Facteurs de risque:	14
5. Tableau clinique de la fausse couche précoce:.....	15
6. Diagnostic :.....	15
7. Diagnostics différentiels:	16
8. Etiologies	17
Prise en charge	20
1. L'expectative :.....	20
2. Interventions médicales:	20
3. Déroulement de la prise en charge :	21
Cadre légal.....	22
1. Questionnements et débats éthiques:.....	22
2. Aspects juridiques:.....	22
La perte.....	24
Le deuil:	25
1. Rôle du deuil:.....	25
2. Les étapes du deuil:.....	25

3. Deuil et culture.....	28
4. Le deuil périnatal : un deuil singulier.....	28
La grossesse.....	31
La grossesse sur le plan corporel.....	32
1. Embryogénèse, croissance et évolution du fœtus :.....	32
2. Une révolution intérieure:.....	32
Naissance d'une mère.....	35
1. La grossesse, un état de crise psychique.....	35
2. L'ambivalence :.....	36
3. L'introversion:.....	36
4. L'enfant imaginaire:.....	36
5. Le lien transgénérationnel:.....	37
La paternité.....	38
Le rôle de l'échographie.....	40
Problématique.....	41
Revue de littérature.....	42
Méthodologie.....	43
1. Bases de données:.....	43
2. Mots-clés:.....	43
3. Recherche d'études pour la revue de littérature:.....	44
4. Ouvrages et articles pour le cadre de références théoriques et la discussion:.....	46
5. Limites:.....	46
Analyse de l'étude n°1.....	47
Analyse de l'étude n°2.....	49
Analyse de l'étude n°3.....	51
Analyse de l'étude n°4.....	53
Analyse de l'étude n°5.....	55
Analyse de l'étude n°6.....	57

Analyse de l'étude n°7	59
Analyse critique des études.....	61
1. Biais et limites relatifs aux échantillons de population:	61
2. Biais et limites relatifs à la méthodologie des études:	61
3. Critères éthiques :.....	63
4. Biais et limites relatifs aux résultats des études:	63
Analyse des résultats	65
1. La grossesse, représentations et significations:.....	65
2. Dimension corporelle de la fausse couche précoce:	65
3. Le vécu des femmes:.....	66
4. La culpabilité:.....	68
5. La perte :	69
6. Dimension temporelle :	70
7. Vécu du conjoint :	70
8. Le couple :	71
9. Les besoins du couple :	72
10. Les stratégies de coping :.....	72
11. L'entourage:	73
12. Représentations des professionnel(le)s et perceptions :	74
13. Facteurs influençant le vécu de la fausse couche précoce :	74
14. La grossesse d'après :	75
15. Implication pour la pratique professionnelle :.....	76
Discussion.....	77
1. La grossesse, représentations et significations.....	77
2. Dimension corporelle de la fausse couche précoce:	77
3. Le vécu des femmes :.....	78
4. La culpabilité:.....	79
5. La perte :	80

6. Dimension temporelle :	81
7. Vécu du conjoint :	81
8. Le couple :	82
9. Les besoins du couple :	82
10. Les stratégies de coping :	83
11. L'entourage:	84
12. Représentations des professionnel(le)s et perceptions :	84
13. Facteurs influençant le vécu de la fausse couche précoce :	85
14. La grossesse d'après :	85
15. Implication pour la pratique professionnelle :	86
Synthèse de la discussion	89
Retour dans la pratique	91
1. Facteurs de risque et facteurs protecteurs:	91
2. Brochure informative:	91
3. Rites et rituels:	92
4. Groupe de soutien:	93
5. Entretien:	93
6. Rôle des professionnel(le)s:	94
Conclusion générale	97
Lexique	99
Liste de références bibliographies	100
Liste bibliographique	103

Introduction générale

1. Choix du thème:

Durant le premier trimestre de ma deuxième année bachelor, nous avons eu un séminaire sur le deuil. Plusieurs jours ont été consacrés à des discussions quant à cette thématique faisant partie intégrante de notre pratique sage-femme. La mort in utéro, l'enfant mort-né mais aussi les différentes phases du deuil, la souffrance des couples, les rituels permettant de la traverser... autant d'éléments essentiels qui ont été abordés afin de nous donner des pistes, quelques moyens pour accompagner au mieux les couples dans ce moment de vie douloureux. Mais qu'en est-il des fausses couches ? Les femmes, les couples, la vivant ne traversent-ils pas eux aussi un deuil ? Qu'elle soit durant le premier trimestre ou plus tard dans la grossesse qu'en est-il de leur souffrance ? Que vivent-ils lors de l'annonce d'une fausse couche ? Que signifie-t-elle pour eux ? Autant de questions qui m'ont amenée à approfondir ce sujet.

Par ailleurs, lors d'un stage aux consultations prénatales, j'ai assisté à plusieurs reprises aux consultations des grossesses jeunes (début de grossesse). Lorsque les patientes ne se présentaient pas à leur consultation, la sage-femme ne les rappelait pas (ce qui est fait normalement durant toute autre consultation) afin d'évaluer la raison de sa non venue. A ma question "pourquoi ne pas les appeler?", on m'a répondu qu'il était considéré qu'elles avaient soit avortées ou fait une fausse couche. "Les appeler serait mettre les pieds dans le plat ou faire une bourde" m'a-t-on dit. L'avortement, la fausse couche sont-ils des événements si fréquents que les professionnels de la santé en viennent à les banaliser ? Discuter avec la patiente d'un tel événement ne lui permettrait-il pas d'exprimer son vécu ? Cette situation m'a donné envie de me pencher particulièrement sur le thème de la fausse couche afin d'en comprendre les dimensions psychologiques, corporelles, médicales pour le couple et l'importance du rôle de la sage-femme.

2. Questionnement professionnel:

Les explications suivantes tentent de reformuler les questionnements qui sous-tendent le choix de ce sujet.

A travers la littérature, la définition la plus fréquemment retenue afin de préciser la fausse couche est celle de l'OMS (1977) qui l'explique par "l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500 g ce qui correspond à environ 20-22 semaines de gestation" (Séjourné, Callahan et Chabrol, 2008, p. 436). Nous verrons que dans cette définition générale, deux sous-catégories de fausse-couche se distinguent, en fonction de l'âge gestationnel auquel elles surviennent.

Il y a notamment les fausses couches précoces ou avortements spontanés ou encore fausses couches du premier trimestre qui désignent le même événement: l'arrêt et la perte

de la grossesse entre 12 semaines d'aménorrhée (SA) et 16 SA (Goerke, 2004, p. 86). Elles représentent 12% à 24% des grossesses (Séjourné, Callahan et Chabrol, 2008, p. 436). Elles sont donc fréquentes et touchent beaucoup de femmes lors de leur début de grossesse. Par ailleurs, il est convenu que ces chiffres sont souvent sous-estimés. En effet, cet évènement peut survenir très précocement, lorsque la femme n'avait pas encore conscience de sa grossesse. Pertes fréquentes, mais lorsque l'on regarde la littérature, on retrouve essentiellement des données au sujet de la fausse couche tardive, de la mort in utéro (Lejeune, Carbonne, 2007).

La mort, la perte font partie intégrante de la pratique sage-femme. A la vie que l'on donne, que l'on accompagne, il peut y arriver la mort. Les deux sont étroitement liées, indissociables. Que ce soit à travers des écrits, des témoignages ou encore grâce à la pratique sage-femme, on connaît la souffrance et la douleur vécues par les parents qui doivent surmonter la perte de leur enfant. D'ailleurs, le terme de deuil périnatal décrit l'ensemble du processus émotionnel, l'ensemble des étapes psychiques que le couple traverse avant d'arriver à pouvoir vivre de nouveau.

La sage-femme accompagne des couples vivant un deuil périnatal, le plus souvent lors d'une fausse couche tardive ou d'une mort in utéro, en service d'obstétrique. La place du deuil en maternité a considérablement évolué au fil des années afin de permettre aux couples d'intégrer cet évènement à leur expérience de vie, en répondant à leurs besoins. Les moyens afin de les soutenir sont variés et différents selon les institutions. Groupes de paroles, soutien psychologique, sage-femme spécialisée, livret d'information sur le deuil... autant d'outils afin d'accompagner au mieux (Soubieux, 2013, p. 81).

Mais très peu de mots sur le vécu la fausse couche précoce transparaissent. On en connaît en revanche bien les aspects médicaux, l'épidémiologie, les facteurs de risque. D'ailleurs, dans sa pratique, la sage-femme est moins souvent en contact avec ces couples. En effet, leur prise en soins a lieu, la plupart du temps, en service de gynécologie aux côtés des infirmières. Rares sont les lieux où gynécologie, obstétrique et sage-femme sont liées. La littérature relate le point de vue des couples quant à leur prise en charge et souligne le manque de considération, de reconnaissance de la part des professionnel(le)s ainsi que leur indifférence quant à leur vécu dans le cas d'une fausse couche précoce (Evans, Lloyd, Considine, Hancock, 2002 ; Geller, Psaros, 2010). Est-elle si fréquente qu'elle en est devenue une banalité, le quotidien des professionnel(le)s ? Est-elle si fréquente que l'on oublie de s'intéresser à ce que vivent les femmes lors d'un tel évènement ? La souffrance, la détresse psychologique est-elle conditionnée par l'âge gestationnel ? Que la perte survienne

à 6 SA, 9 SA ou 13 SA, il est bien question d'une grossesse. La femme était enceinte. Et la femme enceinte n'est pas une femme comme les autres (Clerget, 2007).

En effet, il y a un ensemble d'enjeux physiques et psychiques qui font que, très tôt, durant la grossesse, c'est l'ensemble de l'identité de la femme qui est remaniée pour devenir mère. Et chaque couple, chaque femme investit de façon différente la grossesse, en fonction de son histoire personnelle. Qui est ce petit être qui grandit jour après jour ? Est-il un embryon, un fœtus, un enfant, un bébé ? Ou simplement le "produit de l'avortement", comme il est couramment employé dans le langage médical, lors d'une fausse couche du premier trimestre ? Il aura une reconnaissance sociale, une identité seulement à partir de 22 SA (Art. 9 de l'Ordonnance sur l'Etat Civil du 28 avril 2004). Et avant ? Quelles considération et reconnaissance de son existence lui donne-t-on ? Car si pour certains il n'existe pas légalement, il a toute sa place dans le psychisme des parents. Cet arrêt de grossesse n'est alors pas seulement une perte physique mais elle représente souvent l'arrêt brutal de toutes les représentations et projets pensés, évoqués, mis en place ou se mettant en place par rapport à ce futur enfant (Clerget, 2007, p. 59). Sa perte précoce a-t-elle autant de conséquences psychologiques que la perte d'un fœtus à terme ? Se pose alors la question du vécu de cette perte.

Que ce soit aux urgences obstétricales, gynécologiques, en consultations prénatales, en libéral, en service d'hospitalisation, que la fausse couche précoce soit en cours, qu'elle fasse partie des antécédents, la sage-femme est amenée à rencontrer des couples vivant ou ayant vécu cet évènement, du fait de sa fréquence. Mais fréquence ne rime pas avec banalité, ce que le corps médical a tendance à réaliser (Evans, Lloyd, Considine, Hancock, 2002). La sage-femme est une spécialiste de la grossesse, que ce soit sur le plan corporel, obstétrical mais aussi psychique. Ainsi, en tant que professionnel(le)s au plus près de ces couples, il est important de comprendre leur vécu, de pouvoir identifier des facteurs de risques d'un vécu difficile, des facteurs protecteurs ainsi que de se questionner quant aux divers moyens à mettre en place pour soutenir les couples dans ce moment de vie.

Cadre de références théoriques:

Notions théoriques et épidémiologie de la fausse couche

1. Définition de la fausse couche :

La définition la plus fréquemment retenue au travers de la littérature est celle de l'OMS (1977) qui l'explique par "l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500 g ce qui correspond à environ 20-22 semaines de gestation" (Séjourné, Callahan et Chabro, 2008, p. 436).

Ainsi, durant cette première période, suivant l'âge gestationnel auquel survient cette perte, on distingue deux grands types de fausses couches : la fausse couche précoce et la fausse couche tardive. Dans ce travail de bachelors, l'objet d'étude sera ciblé sur la fausse couche précoce.

a. Fausse couche précoce :

Il arrive d'entendre plusieurs termes tels que "fausse couche spontanée précoce", "abortus du premier trimestre", "grossesse arrêtée", "avortement spontané" afin de définir le même événement : l'arrêt et la perte spontanée de la grossesse avant le terme de 12 semaines d'aménorrhée (SA). Certains auteurs élargissent cette définition jusqu'à 14 SA (Lejeune et Carbonne, 2007, p. 4) voire jusqu'à 16 SA (Goerke, 2004, p. 86) ce qui correspond à la définition anglo-saxonne.

On parle de fausse couche précoce unique lorsqu'il y a la survenue d'une seule fausse couche au cours de la vie d'une femme. On parle de fausse couche précoce répétitive à partir de trois ou plus fausses couches pour une même femme. On distingue différents types de fausses couches spontanées précoces, telles que la menace de fausse couche, la grossesse arrêtée, la fausse couche en cours, la fausse couche complète, la fausse couche incomplète, qui seront définies plus loin (Lejeune et Carbonne, 2007, p. 4).

b. Fausse couche tardive:

Elle se définit par "l'expulsion spontanée d'un fœtus entre 12SA-14SA et 22 SA" (Lejeune et Carbonne, 2007, p. 5).

2. Autres pertes périnatales :

a. La mort in utéro :

L'ordonnance fédérale du 28 avril 2004 sur l'état civil, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2004, définit l'enfant mort-né. Elle reprend les critères définis par l'Organisation mondiale de la

santé. "Pour être qualifié de mort-né, l'enfant, qui ne doit présenter aucun signe de vie à la naissance, doit peser au moins 500 grammes ou venir au monde après une gestation d'au moins 22 semaines entières" (Art. 9 de l'Ordonnance sur l'Etat Civil du 28 avril 2004).

3. Epidémiologie de la fausse couche précoce:

Selon Clerget (2007), cet évènement concerne chaque année plus de 200000 femmes. Mais la fréquence réelle est difficile à estimer car certaines fausses couches passent inaperçues, sans que la femme sache qu'elle est enceinte (p. 22). Les auteurs s'accordent à dire qu'elle concerne environ 12% à 24% des grossesses (Séjourné, Callahan et Chabrol, 2008, p. 436). Selon Dallenbach (2009), 80% des fausses couches ont lieu avant 12 SA (p. 1). Toujours selon ces auteurs, sur 100 grossesses, 25 présenteront des métrorragies (hémorragie génitale haute). 12 des ces 25 grossesses auront une évolution normale, 12 autres se termineront en avortement et 1 en grossesse extra utérine (GEU).

4. Facteurs de risque:

- D'après Dallenbach (2009), l'âge maternel est le premier facteur de risque de fausse couche du premier trimestre (p. 1).

Age maternel en années	Risque d'avortement spontané
15 -19	9.9%
20-24	9.5%
25-29	10%
30-34	11.7%
35-39	17.7%
40-44	33.8%
>44	53.2%

- Un antécédent d'avortement spontané précoce constitue aussi un facteur de risque (Regan et al. 1989, p. 299)

Nombre d'avortement	Risque de récurrence
1	20%
2 consécutifs	28%
3 ou plus	43%

- Le tabac, notamment plus de 10 cigarettes par jour seraient associé à un risque relatif d'avortement spontané de 1.2 à 3.4. De même, la consommation d'alcool, de cocaïne, de caféine à hautes doses, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), un déficit en acide folique, un Indice de Masse Corporelle (IMC) bas (<18) ou au contraire élevé (>25), un état fébrile, une maladie auto-immune (Dallenbach, 2009, p. 2).

5. Tableau clinique de la fausse couche précoce:

D'après Dallenbach (2009, p. 2) et Goerke (2004, p. 86), il est observé :

- l'aménorrhée
- un test de grossesse positif
- des douleurs centro-pelviennes, sous forme de crampes ou de douleurs de règles, le plus souvent en même temps que les saignements
- des saignements rouges vifs, abondants, continus parfois accompagnés de caillots et de fragments de tissus
- une diminution des signes sympathiques de grossesse

6. Diagnostic :

D'après Dallenbach (2009, p. 2) et Goerke (2004, p. 86), il sera posé au travers :

- d'une anamnèse afin de rechercher la date présumée des règles pour estimer les semaines d'aménorrhée, l'âge, l'ethnie, les antécédents familiaux, médicaux et chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux afin d'évaluer des facteurs de risque.
- d'un examen de l'abdomen
- d'un examen gynécologique, pour préciser l'origine du saignement, apprécier l'aspect, l'ouverture du col utérin et la présence de débris ovulaires. Le toucher vaginal indique l'ouverture du col, le volume utérin et apprécie les annexes fœtales.
- d'une échographie par voie vaginale, essentielle dans le diagnostic et la définition du stade évolutif de la fausse couche. On visualisera l'absence de l'embryon dans le sac ovulaire, la destruction de l'embryon, des anomalies morphologiques de l'embryon, une absence d'activité cardiaque ou un sac ovulaire dont les dimensions sont inférieures à l'âge de la grossesse

En cas de doute échographique :

- un dosage des β HCG et de la progestérone

Voici un tableau de la clinique en fonction du type de fausse couche:

Définition	Caractéristiques
La menace de fausse couche	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse intacte, activité cardiaque à l'ultrason - Métrorragies modérées). - Légères contractions utérines - Col fermé - Taille de l'utérus correspondant à l'âge de la grossesse - Taux de βHCG correspond aux SA
Fausse couche en cours	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse non viable - Expulsion de l'embryon en cours - Métrorragies - Contractions utérine augmentant en intensité - Col ouvert - Taille de l'utérus correspondant à l'âge de la grossesse - Diminution des βHCG
Fausse couche incomplète	<ul style="list-style-type: none"> - Expulsion de fragments tissulaires - Métrorragies - Persistance de douleurs - \pm col ouvert - Taille de l'utérus correspondant à l'âge de la grossesse, voire plus petit que la normale - Rétention de débris ovulaires à l'ultrason - Chute des βHCG
Fausse couche complète	<ul style="list-style-type: none"> - Expulsion totale de la grossesse - Disparition des douleurs - Diminution des saignements - Col fermé - Cavité utérine vide à l'ultrason - Taille de l'utérus correspondant à l'âge de la grossesse, voire plus petit que la normale - Chute des βHCG
L'avortement septique	<ul style="list-style-type: none"> - Peut survenir dans toutes les formes de fausses couches - Infection intra-utérine - Fièvre avec \pm frissons - Fortes douleurs dans le bas ventre - Choc septique

(Goerke, 2004, p. 89)

7. Diagnostics différentiels:

a. Grossesse intra utérine évolutive

Selon Alef Thorstensen (2000), 25% des femmes enceintes sont concernées par des saignements au cours du premier trimestre de leur grossesse et 1/4 se termineront en fausses couches. Les saignements du début de grossesse ne sont pas obligatoirement signe

d'une fausse couche spontanée précoce mais toute grossesse qui saigne doit alerter et représente une menace d'avortement (p. 481).

b. La grossesse extra utérine (GEU)

L'échographie et le dosage des hormones permettent d'exclure une grossesse extra utérine, pour laquelle l'embryon s'implante hors de la cavité utérine. Les symptômes font penser à une menace d'avortement spontané. Il est souvent considéré dans la pratique que toute douleur abdominale aigue chez la femme enceinte en début de grossesse est signe de grossesse extra utérine jusqu'à preuve du contraire (Garel et Legrand, 1995 p. 33).

c. Métrorragies d'origine gynécologique:

Des lésions bénignes ou malignes du vagin ou du col utérin peuvent être à l'origine de métrorragies au cours de la grossesse (Garel et Legrand, 1995 p. 33).

d. La grossesse molaire ou môle hydatiforme :

C'est une complication rare qui survient au moment de la conception. En effet, lors d'une grossesse molaire, les chromosomes sont mal répartis et les cellules amenées à former le placenta sont anormales. Il en existe deux types : la grossesse molaire complète et la grossesse molaire incomplète. Les symptômes de grossesse sont amplifiés, le taux de β HCG est très élevé.

8. Etiologies

Plusieurs causes sont reconnues lors d'une fausse couche précoce. Nous allons passer en revue les principales.

a. Anomalies génétiques :

Ce sont surtout des anomalies chromosomiques chez le fœtus qui sont responsables de la grande majorité des fausses couches spontanées précoces. En effet, selon Dallenbach (2009), ces anomalies représentent 70% des étiologies des fausses couches jusqu'à 6 SA, 50% des étiologies jusqu'à 10 SA et 5% des étiologies au-delà de 12 SA (p. 2). 99% des grossesses présentant une anomalie chromosomique se termineront par une fausse couche précoce, la plupart avant 10 SA (Lejeune et Carbone, 2007, p. 28). Par ailleurs, ces anomalies sont le plus souvent retrouvées pour une fausse couche unique que pour des fausses couches à répétition (Lejeune et Carbone, 2007, p. 27). Il est aussi reconnu que plus l'âge maternel est avancé, plus le risque d'anomalies chromosomiques augmente, surtout après 40 ans (Garel et Legrand, 1995. p. 34).

b. Causes utérines :

Les malformations utérines sont une des raisons de fausses couches spontanées précoces. Elles sont le plus souvent retrouvées lorsque cet événement est à répétition. En effet, Lejeune et Carbone (2007) estiment leur prévalence dans cette population de 3.5% à 24% (p. 53). Quel que soit le type de malformations, la cavité utérine se retrouve réduite et il lui est difficile de supporter la croissance de l'embryon, d'autant plus que des anomalies de vascularisation de la muqueuse utérine sont souvent présentes.

Garel et Legrand (1995) rajoutent les synéchies, c'est à dire "l'accolement des parois de l'utérus provoqué par des cicatrices ou synéchies survenues après un curetage, par exemples" (p. 37). Celles-ci conduisent à des avortements spontanés précoces car elles gênent voire empêchent l'implantation de l'embryon. Ces mêmes auteurs mentionnent aussi la béance du col, c'est à dire un col insuffisamment tonique, qui reste ouvert durant la grossesse, rendant son développement difficile.

Goerke (2004) mentionne les fibromes comme cause d'avortement spontané. En effet, ces tumeurs bénignes se développent au dépens du muscle utérin. Ils sont assez fréquents (20% des femmes en ont) et augmentent avec l'âge. Ils seront un obstacle au développement d'une grossesse en fonction de leur taille et de leur localisation (p. 86).

c. Age maternel :

Comme vu dans les facteurs de risque, plus l'âge maternel augmente, plus le risque de fausse couche précoce est élevé. Ceci est à mettre en lien avec le fait que la fréquence d'anomalies chromosomiques du fœtus, les dysfonctionnements hormonaux et la présence de fibromes augmentent avec l'âge maternel, rendant une grossesse plus difficile.

d. Causes liées à l'environnement:

Sont suspectés le tabac, l'exposition à des polluants, la prise de toxiques et d'alcool. Par ailleurs, certains médicaments ont un effet tératogène, ils peuvent provoquer des malformations de l'embryon surtout si la prise se fait en début de grossesse. D'autres ont un effet sur le placenta, empêchant de bons échanges entre la mère et le fœtus. (Dallenbach, 2009, p. 2)

e. Cause auto-immune:

Lejeune et Carbone (2007) parlent du syndrome des antiphospholipides (SAPL) qui est "une affection auto-immune qui associe des manifestations cliniques, principalement thromboemboliques et obstétricales à la présence d'anticorps antiphospholipides". Ce syndrome entraînerait une altération de la circulation materno-placentaire dont l'une des

conséquences est la fausse couche précoce. On le retrouve plus particulièrement chez des femmes ayant fait plusieurs fausses couches (p. 64).

f. Causes hormonales :

Goerke (2004) parle d'un manque de progestérone ou d'une hyper ou hypothyroïdie. Les glandes surrénales peuvent aussi être en cause dans les fausses couches spontanées précoces. Ces dérèglements hormonaux peuvent provoquer, selon les cas, une ovulation défectueuse ou une sécrétion de progestérone insuffisante qui rend la muqueuse utérine impropre à la nidation (p. 86).

g. Causes infectieuses :

Survenues surtout dans les stades précoces de la grossesse, des infections bactériennes (mycoplasme, listéria), virales (rubéole, varicelle, cytomégalovirus, parvovirus) ou parasitaires (toxoplasmose) sont responsables de fausses couches précoces. Soit c'est la muqueuse utérine qui est contaminée, rendant l'endomètre impropre à la nidation. Soit c'est l'œuf qui est directement infecté, entraînant alors sa mort.

h. Maladies multisystémiques:

Pour Lejeune et Carbonne (2007), il s'agit de maladies rares (telles que le lupus, la sclérodermie, les myosites auto-immunes) perturbant la grossesse en causant des fausses couches précoces (p. 74).

Mais dans près de 25% des fausses couches précoces, aucune cause n'est retrouvée. Ce sont des avortements idiopathiques.

Prise en charge

Le plus souvent, la fausse couche précoce ne nécessite pas de prise en charge spécifique : pas de médicalisation, pas d'hospitalisation car le processus d'expulsion se fait tout seul. Le col de l'utérus s'ouvre, des débris ovulaires, l'embryon ou le fœtus est expulsé, sous l'effet de contractions utérines plus ou moins douloureuses et accompagnées de saignements plus ou moins abondants. Mais il arrive parfois que le processus d'expulsion est incomplet, ne se réalise pas spontanément. Dans ces cas, une prise en charge médicalisée est nécessaire (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [CNGOF], 2006, p. 121).

Trois types de prise en charge sont déterminés. Suivant les institutions, le choix sera laissé à la patiente ou une méthode sera privilégiée en fonction du type de fausse couche (CNGOF, 2006, p. 121).

1. L'expectative :

C'est l'attente de l'expulsion spontanée de l'embryon sans intervention médicalisée. Le délai de l'expulsion peut être très long, ce qui est souvent difficile à vivre pour les couples. Pour Lejeune et Carbonne (2007), elle est possible lorsque l'embryon n'est pas visible ou qu'il mesure moins de 25 mm (vers 9 SA) (p. 11). Cette méthode peut être surtout proposée en cas d'avortement incomplet, lorsqu'il n'y a pas d'hémorragie associée (Dallenbach, 2009, p. 3) ou lors d'une fausse couche en cours, d'après le CNGOF(2006, p. 121).

2. Interventions médicales:

Pour Garel et Legrand (1995), elles sont de deux types (p. 84).

a. Intervention médicamenteuse :

C'est en général l'utilisation de prostaglandines qui est choisie. Le dosage dépend de l'établissement hospitalier et la prise peut se faire par voie orale ou vaginale.

b. Intervention chirurgicale :

C'est l'aspiration, à la canule, du contenu utérin après dilatation cervicale, favorisée par la prise de misoprostol quelques heures avant l'intervention. A partir d'un certain âge gestationnel, elle est remplacée par un curetage évacuateur. Il consiste à utiliser une curette, comme une sorte de petite cuiller, afin de racler la muqueuse utérine pour vider le contenu utérin. Ces deux interventions se font sous anesthésie générale, au bloc opératoire.

3. Déroulement de la prise en charge :

D'après le CNGOF (2006, p. 123) et Carbonne et Lejeune (2007, p. 12), la prise en charge hospitalière consiste à surveiller chez la patiente ses signes vitaux, les pertes sanguines, les effets secondaires du traitement médicamenteux s'il est donné. Elle permet de d'apporter une couverture antalgique, de réaliser les soins post-opératoires (évaluation de la douleur, signes vitaux, mobilisation, reprise de la diurèse et du transit...) de vérifier par échographie l'expulsion totale de l'embryon ou du fœtus. Un rendez-vous de contrôle est prévu 1 mois après la fausse couche précoce.

Il est parfois possible que la prise en charge, expectative ou médicamenteuse, ait lieu en ambulatoire. Elle est proposée en fonction de la capacité de la patiente à comprendre l'information et à appréhender les risques. Elle informée au préalable sur les démarches à suivre en cas de complications. Un contrôle, le plus souvent, une semaine après l'expulsion est prévu avec un contrôle échographique.

Cadre légal

1. Questionnements et débats éthiques:

Pour Soubieux (2013), depuis la plus haute Antiquité, les penseurs se sont intéressés à la question de l'embryon et du processus de reproduction. Croyances, découvertes scientifiques et hypothèses au Moyen-Age amènent à parler d'enfant que lorsque le fœtus est doté d'une âme (p. 65). "A cette époque, le fœtus est souvent désigné par une périphrase "l'enfant dans le ventre de sa mère", parfois par le terme *partus* (fruit), ou par celui de fœtus. (...) Il accède au statut d'*infans* lorsque la tête est sortie" (Soubieux, 2013, p. 67). Dans les années 80, les progrès scientifiques soulevèrent de nouveaux risques (eugénisme, discriminations génétiques, clonages...) et de nouvelles questions ; en 1984 des commissions ont été chargées de créer une base minimale de protection de l'embryon et par conséquent du fœtus. Les lois bioéthiques ont trouvé leur équilibre en 2004 et leur objectif demeure d'encadrer le progrès de la science et du domaine médical tout en protégeant les droits fondamentaux de la personne. Les débats philosophiques continuent et certains tentent de savoir si le fœtus peut être considéré comme un être humain, à qui l'on peut accorder une personnalité (Mauron, 2013).

"Pour l'état civil, tout dépend de son terme, de son poids et de sa viabilité. Pour les parents, tout dépend de leur histoire personnelle, de leur structure psychique, du vécu de la grossesse mais aussi de la place qui lui est donnée dans le monde des humains au cours des siècles et des différentes civilisations " (Soubieux, 2013, p. 65)

2. Aspects juridiques:

Si la nature fait naître un être humain en neuf mois, le droit lui, est plus bref et n'accorde ce titre qu'à la naissance, où il acquiert un état civil. En neuf mois, le futur être humain passe du stade d'embryon à celui de fœtus durant lesquels il n'aura qu'une personnalité conditionnelle (Morel, 2014, p. 5). Qu'en est-il des pertes périnatales et de leur reconnaissance juridique ? "Le terme de 22 SA et/ou le poids de naissance de 500g représentent les limites de la viabilité fœtale et conditionnent les formalités administratives". (Lejeune & Carone, 2007, p. 217).

a. Fœtus mort-né <de 22 semaines d'aménorrhée :

Il n'y a pas d'acte de naissance possible donc pas d'inscription à l'état civil. Un certificat d'accouchement sans valeur légale peut être établi par l'équipe en charge du couple. Il y a

possibilité d'inhumer sur demande parentale après production d'un certificat de non vie. Si les parents ne désirent pas récupérer le corps, celui-ci sera incinéré, par l'hôpital, sans possibilité de récupérer les cendres. Si les parents désirent récupérer le corps, les parents doivent demander un certificat de non-vie payant destiné aux pompes funèbres de leur choix. Il y a possibilité de donner un prénom sans qu'il soit inscrit dans le registre des naissances. (Pellegrinelli, 2013, p. 4). "La grossesse est trop courte pour que les femmes concernées puissent bénéficier du congé maternité. Le cas échéant, elles peuvent obtenir un congé de maladie" (Sénat, 2008).

b. Enfant mort-né > 22 semaines d'aménorrhée :

Sont obligatoires une déclaration de naissance (inscription à l'état civil), avec précision d'enfant mort-né, une inhumation ou incinération par les parents par les pompes funèbres de leur choix. La législation funéraire en Suisse dépend des cantons et des communes. "Plusieurs textes cantonaux - c'est le cas dans les cantons de Genève, du Jura et de Vaud - disposent que les enfants mort-nés doivent être inhumés. Les parents décident, en fonction des réglementations municipales, du type de sépulture" (Sénat, 2008). Il y a possibilité pour les parents de donner un prénom. Il n'y a pas d'acte de décès. De même, le congé maternité est accordé (Pellegrinelli, 2013, p. 4).

c. Enfant né vivant puis décédé à n'importe quel âge gestationnel :

Sont obligatoires un acte de naissance, un acte de décès, une inhumation ou incinération par les parents par les pompes funèbres de leur choix. L'enfant obtient une personnalité juridique. Le congé maternité est accordé. (durée minimale de 23 semaines de grossesse pour en bénéficier), (Pellegrinelli, 2013, p. 4).

La perte

"Le moment de l'annonce, où la vie bascule en une fraction de seconde, où les repères vacillent à toute allure, où le vécu terrifiant va bien au-delà de l'imaginaire, inaugure le travail de la perte" (Soubieux, 2013, p. 24).

Le deuil:

Lorsque les parents perdent leur enfant en cours de grossesse, l'ensemble du processus émotionnel par lequel ils passent afin de surmonter cette terrible épreuve est appelé deuil périnatal, c'est à dire "tout deuil en lien avec la perte d'un bébé" (Gendre, 2012, p. 3). Pour Lejeune et Carbonne (2007), "l'âge gestationnel au moment de la perte ne met jamais à l'abri du travail de deuil à effectuer (...). Il est à noter que ce sont la nature et l'intensité des liens déjà formés qui conditionnent la gravité du deuil qui s'ensuit" (p. 201). Ainsi, il est donc essentiel de comprendre l'ensemble des étapes du deuil afin de se questionner sur le vécu des couples lors d'une fausse couche du premier trimestre.

1. Rôle du deuil:

Pour Soubieux (2013), "du latin *dolere*, le mot deuil renvoie avant tout au mot douleur : état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé mais aussi la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition" (p. 83). Selon Hanus (1998), pour être en deuil, il faut qu'il y ait perte d'une personne ou encore d'un objet, d'un lien d'union pour lequel existe un attachement particulier (p. 382). Le deuil est un processus complexe qui demande un travail psychique particulier, nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face. "Le travail de deuil nous fait passer d'une perte subie à une perte acceptée. C'est un processus de renonciation" (Hanus, 1998). Il est indispensable pour continuer à vivre, réussir à se séparer de l'être perdu en remaniant les liens. Et enfin il est indispensable pour retrouver sa liberté de fonctionnement psychique et ainsi pouvoir investir dans de nouveaux objets. Le travail de deuil s'inscrit dans le temps "le temps logique du deuil ne se réduit pas à sa linéarité chronologique. Il est question de temporalités plurielles, des temps du deuil" (Soubieux, 2013, p. 84).

2. Les étapes du deuil:

Le processus complexe du travail de deuil est l'objet d'étude depuis de nombreuses années et c'est Freud, en 1918, le premier médecin à s'être penché sur la question du deuil et à tenter d'en élaborer un modèle. Ainsi, de son point de vue, "le deuil est un processus psychique indispensable relatif à la perte d'un objet ou d'un bien précieux. Il accordait une place prépondérante à l'inconscient, qui permettait selon lui d'arriver à accepter l'inacceptable" (Delamare & Boucher, 2010, p. 18). Dans les années 70, le psychologue

Schneidman a amené le modèle de la ruche, selon lequel chaque personne vit un processus de deuil qui lui est propre, n'ayant pas d'étapes précises et identiques (Gendre, 2012, p. 10). Le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby en 1973 a lui aussi travaillé sur cette question, mettant en lien le processus de deuil et la théorie de l'attachement. Il a déterminé 4 phases : l'engourdissement, la phase de languissement et de recherche de la personne, la phase de désorganisation et enfin la phase de réorganisation (Gendre, 2012, p. 6). Une psychiatre suisse, Elisabeth Kübler Ross a beaucoup écrit à ce sujet en élaborant une théorie comprenant 5 étapes dans le processus de deuil : le choc, le déni, la colère, la dépression et l'acceptation. Chaque étape est caractérisée par des aspects physiques, un rapport à l'autre et une finalité qui sont différents. Les étapes se succèdent et se chevauchent. Il n'y a pas de notion de durée normale pour un deuil et pour chaque étape de celui-ci (Gendre, 2012, p. 6).

a. Le choc:

Cette première étape survient au moment de l'annonce, de la découverte de la perte. "Refus, négation de la mort ou de l'évènement occupent alors toute la scène"(Soubieux, 2013, p. 85). On ne croit pas ce qui est annoncé, cela ne paraît pas possible, il y a encore un espoir qu'il s'agit d'une fausse nouvelle. Au temps de la sidération, s'en suit une décharge émotionnelle qui se traduit physiquement par des sensations de paralysie, d'irréalité de stupeur, de sidération (Gendre, 2012, p. 7) ou encore des cris, des pleurs, une sensation de malaise accompagnée de tachycardie, hypotension (Delamare & Boucher, 2010, p. 19). Il arrive qu'il y ait une absence de réaction et cela "peut être considéré comme un moyen de survie psychique"(Soubieux, 2013, p. 86). L'intensité des sentiments augmente avec le caractère brusque, inopiné et inattendu de la perte.

b. Le déni:

En tant que mécanisme de défense, le déni appartient au fonctionnement psychique. C'est un "mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante" (Laplanche & Pontalis, 2004). Dans le processus du deuil, il s'agit du refus de la réalité de la perte afin d'éviter la souffrance. La personne n'y croit pas, banalise la réalité et tente de se raccrocher à la réalité d'avant l'évènement de perte. Pour Gendre (2012) "l'origine du déni est souvent liée à des sentiments de peur de la mort ou de culpabilité" (p. 7). Cette période est plus ou moins longue, la personne ne ressent pas de souffrance morale, ni tristesse, ni colère, ni culpabilité. Mais c'est une étape cruciale à passer afin d'amorcer correctement le travail de deuil.

c. La colère :

"La colère est quelque chose de vivant, elle permet de rester en lien avec l'objet perdu et de le retrouver" (Soubieux 2013, p. 86). Dirigée contre l'objet perdu ou contre la personne elle-même elle peut aussi être déplacée vers une personne extérieure. Objet perdu, dont la perte est difficilement tolérable, est très culpabilisante et laisse place à l'incompréhension. " Cette perte est perçue par le psychisme comme une violence qui est faite contre lui. Et la colère, réactionnelle à cette perte, correspond à une projection à l'extérieur de l'agression que l'on a reçue" (Clerget, 2007, p. 111). Dans cette étape il existe des sentiments de culpabilité dont l'endeuillé est conscient, qui peuvent être accompagnés de honte : reproches de ne pas avoir assez aimé, de ne pas avoir montré assez d'affection envers la personne disparue, reproches sur les circonstances de la mort, de ne pas avoir fait tout ce qui était possible, d'avoir peut-être même souhaité la mort...

d. La dépression:

C'est l'étape centrale du processus de deuil car c'est là que s'élabore le travail de deuil amenant à un travail de désinvestissement, de détachement et à l'acceptation. La souffrance dépressive en est l'expression. L'endeuillé doit se remémorer, se confronter à la réalité et enfin désinvestir. Il s'agit du véritable début du deuil avec l'acceptation et la levée du refus, ainsi que le début de la soumission à la réalité. "C'est une étape centrale qui va s'installer plus ou moins rapidement (...). Elle va durer un temps indéterminé, des mois voire des années, sans que l'on puisse vraiment parler de deuil pathologique" (Soubieux, 2013, p. 87). Les caractéristiques de l'état dépressif sur le plan psychocorporel se traduisent par humeur triste, désintérêt pour soi et le monde extérieur, perte de l'élan vital, manque de désir, apathie, aboulie, repli sur soi, troubles cognitifs, désir de mourir, asthénie, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles psychosomatiques. (Soubieux, 2013, p. 87).

e. L'acceptation :

La dernière étape est l'acceptation et l'intégration de la perte. "Il s'agit de "vivre avec" la perte qui a eu lieu et de l'intégrer différemment à l'intérieur de soi" (Gendre, 2012, p. 8). Cette étape débute lorsque le sujet commence à se tourner vers l'avenir, réinvestit de nouveaux objets. Cette étape est caractérisée par un changement de cadre d'existence et la mise en place de nouvelles relations sociales. La vie recommence ainsi que de nouveaux projets mais attention à l'investissement prématuré d'un nouvel objet, qui peut empêcher le travail de deuil (Soubieux, 2013, p. 87). "Le terme de deuil est atteint, écrit Hanus, lorsque le sujet a retrouvé sa liberté. Cependant, si le moi redevient libre il n'est plus comme avant. Le deuil est une blessure dont on peut guérir mais qui laisse des cicatrices" (Soubieux, 2013, p. 88).

3. Deuil et culture

"La mort a toujours inquiété, fasciné, terrorisé l'homme depuis les débuts de l'humanité. Il a cherché sans répit à la repousser, l'appivoiser, à la dompter, sans toutefois y parvenir" (Soubieux, 2013, p. 19). C'est une question intime, personnelle qui nécessite que l'on s'attarde sur son propre rapport à la mort. Plus ou moins tabou ou une place importante accordée, des rituels, des célébrations... il y a autant de façon de célébrer la mort que de cultures, de sociétés. La sage-femme côtoie des couples de toutes origines ainsi, il est important de considérer différents points de vue sur cette question afin de permettre aux parents de vivre leur deuil. Par ailleurs, "quelque soit la culture en présence, les rites permettent de faciliter le processus de deuil en amorçant le premier pas du cheminement et en permettant une reconnaissance sociale de la perte" (Delamare & Boucher, 2010, p. 15). Toute société a besoin de rites pour surmonter son angoisse de mort. En effet, "une des fonctions du rituel funéraire est de permettre le deuil, en aidant les proches à surmonter le traumatisme psychique provoqué par la perte de l'être aimé. Chacun apprend ainsi à "re-vivre" ou à "sur-vivre" à la mort de l'autre"(Savary, 2002). Le rituel fait appel à la symbolique, mécanisme de l'imaginaire afin d'intégrer au mieux la perte.

4. Le deuil périnatal : un deuil singulier

"La mort d'un bébé avant sa naissance ou peu de temps après produit un véritable séisme dans la famille: Tous les repères sont bouleversés, la temporalité modifiée, l'ordre des générations bouleversé"(Soubieux, 2013, p. 23). La place du deuil périnatal dans les maternités n'a pas toujours été considérée. Durant de nombreuses années, aucune importance n'était accordée à la souffrance et la douleur des parents ayant perdu leur enfant, celui-ci n'étant pas considéré comme une personne ayant vraiment vécue. Désormais, les services de maternité travaillent beaucoup quant à la question de la mort foetale et l'accompagnement des parents durant ce moment de vie particulier.

a. Un deuil compliqué:

Gendre (2012) parle des raisons de ce qui rend le deuil périnatal compliqué: la réalité de la perte est peu ou pas reconnue par l'entourage, les soignants et les proches, la mort périnatale peut être banalisée. Une non reconnaissance sociale et psychologique qui fait de cette perte une non-réalité, un non-événement, une non-reconnaissance de l'enfant perdu. Ensuite, la perte d'un enfant n'est pas dans l'ordre des choses, cela entraîne une cassure dans le processus de parentalisation, ce n'est pas ce qui devait arriver. C'est une perte physique, d'un enfant mais aussi des représentations communes, des projets, des rêves, l'échec d'une possible parentalité. Le fœtus reste dans l'imaginaire des parents, il n'y a

qu'eux qui le connaissent vraiment, il n'a pas d'existence réelle aux yeux des autres. Enfin, l'annonce brutale du diagnostic, des questions qui restent sans réponse, peu ou pas de souvenir matériel de l'enfant et le corps de la femme qui devait porter la vie et qui porte la mort...autant de raisons qui font du deuil périnatal un deuil singulier (p. 12).

b. La culpabilité :

"Avec la perte d'un fœtus, la mère doit se défaire d'une partie d'elle-même non séparée ni corporellement ni psychiquement. Il s'agit d'un deuil dans sa chaire, réveillant ses sensations les plus archaïques de corps à corps avec sa propre mère. Cela la renvoie à la question du maternel et de la féminité" (Soubieux, 2013, p. 93).

On comprend alors que la perte périnatale s'accompagne de culpabilité maternelle. Ce sentiment prend naissance dans diverses causes ou raisons que la femme imagine, qui auraient pu être à l'origine de la fausse couche, de la mort fœtale. Les femmes ont souvent un sentiment de trahison envers le fœtus mort.

Pour Clerget (2007),

"la culpabilité n'est pas inutile : la recherche d'une faute prend le relais de la recherche d'une cause. Déceler une cause médicale soulage, sinon la faute imaginaire est utilisée à la place. Or, face au caractère absurde de la perte d'un enfant à naître, il est fondamental pour l'esprit humain de trouver un sens. Et la cause ou la faute donne un sens".(p. 138)

c. Rituels et souvenirs:

Actuellement, la pratique professionnelle connaît et reconnaît le processus de deuil traversé par les parents et l'intègre à sa pratique quotidienne. Ainsi, différents moyens pour les soutenir dans ce moment de vie sont mis en place dans les services de maternité. Accompagnés par les sages-femmes, premières professionnelles au côté du couple, les parents ont la possibilité de voir leur enfant, de le toucher, d'avoir des photos prises par l'équipe, ainsi que des empreintes, une mèche de cheveu, un bracelet d'identification. La maternité de Genève propose un entretien avec un psychologue ou psychiatre, une rencontre avec l'aumônier. Par ailleurs, une salle de recueillement est à disposition pour la famille et les cérémonies et une brochure "A vous qui vivez la perte de votre bébé" est donnée aux couples. (Pellegrinelli, 2013, p. 3)

d. Qu'en est-il des fausses couches précoces?

S'il est accordée une place essentielle au processus de deuil périnatal, il reste encore bien des questions à résoudre quant à la considération des pertes périnatales précoces dont font

partie les fausses couches du premier trimestre. Comme vu précédemment dans le cadre légal, l'âge gestationnel de la perte, le statut du fœtus complexifient la reconnaissance de cette perte. Il n'y a pas d'inscription à l'état civil, pas de prise en charge du corps, pas de rituel, aucune trace, pas de souvenir. Pour évoquer l'embryon, le fœtus ou l'être vivant décédé, les termes de "rien", de "débris", "de déchets anatomiques", "de choses" sont utilisés (Delaisi de Perseval, 1997). En fait, "aux yeux de la société, ce non-évènement constitue la plupart du temps "un non-évènement". L'enfant n'est pas né: il n'a pas existé" (Soubieux, 2013, p. 17). Mais les fausses couches touchent l'ensemble de la famille dans toutes ses générations (Delaisi de Perseval, 1997). De son point de vue, une reconnaissance sociale et juridique, l'inscription à l'état civil, la présence de funérailles ou d'inhumation sont importants et facilitent le bon déroulement du deuil. Car pour elle, la perte liée à une fausse couche précoce fait aussi vivre un deuil périnatal au couple. Par ailleurs, Clerget (2007) rajoute qu'

"il faut reconnaître que tout est fait pour favoriser le déni chez la femme. En cas de fausse couche, l'évènement est banalisé, la nature fait bien les choses, dit-on, en assurant une sélection naturelle. La femme est aussi invitée à oublier sa fausse couche en pensant à la prochaine grossesse. (...)Le terme même de fausse couche invite au déni. "Fausse", comme si rien ne s'était passé et que tout cela n'était pas vrai, pas réel en quelque sorte " (p. 99)

Ainsi, dans l'imaginaire des femmes, au début de la grossesse, la place de l'enfant n'a pas forcément grand chose à voir avec sa taille réelle. A peine sa conception et déjà bien avant, il peut occuper une place immense. Quelque soit l'âge gestationnel auquel survient la perte, la femme était enceinte et la femme enceinte n'est pas une femme comme les autres.

La grossesse

"Revenons au tout début, quand l'enfant imaginaire commence à se construire dans le psychisme des parents. Revenons au tout début, quand ils se sont rencontrés, lui, elle. Revenons au tout début de cette grossesse" (Soubieux, 2013, p. 51).

La grossesse sur le plan corporel

La revue de littérature nous permettra de comprendre le vécu des couples lors d'une fausse couche du premier trimestre. Ainsi, il est donc essentiel de parcourir brièvement la grossesse sur le plan corporel et psychique afin de comprendre les enjeux de la perte, même précoce.

1. Embryogénèse, croissance et évolution du fœtus :

a. Période embryonnaire :

" De la fécondation à la huitième semaine après celle-ci - la période embryonnaire- le produit de conception est appelé embryon (Hoehn & Marieb, 2010, p. 1244).

b. Période fœtale:

"De la neuvième semaine jusqu'à la naissance, la période fœtale- le produit de conception est appelé fœtus (Hoehn & Marieb, 2010, p. 1244).

c. Développement prénatal :

Les progrès de la médecine ont permis peu à peu de percer les mystères de la vie fœtale grâce à l'échographie, mais que savons-nous réellement de ce futur petit d'homme? D'un point de vue biologique, organique, à peine passé 48h, le voilà déjà zygote. Mais l'évolution sera rapide et le temps est compté, il n'en restera pas là. Quelques heures à peine après ce nouveau statut, il devient embryon, si petit et déjà pressé de grandir ; les cellules se multiplient, le rythme est soutenu ((Hoehn & Marieb, 2010, p. 1253). Il faut grandir, devenir. "Quelle complexité dans cette vie avant la vie" (Marinopoulos & Nisand, 2007, p. 227). Moment crucial, au septième jour, il s'implante, l'aventure peut alors continuer. Au fil de ce premier trimestre, les structures essentielles pour la vie future se créent. Un véritable chantier qui a commencé dès la rencontre entre l'ovocyte et le spermatozoïde et se poursuit pour qu'au quatrième mois, l'ensemble de ses organes et systèmes soient formés. Voilà qu'il s'appelle maintenant fœtus. Comme le mentionnent Marinopoulos et Nisand (2007) "il est si pressé de grandir que cela constituera l'occupation de sa vie aquatique " (p. 218).

2. Une révolution intérieure:

La grossesse amène une véritable révolution intérieure chez la femme enceinte. L'ensemble des changements corporels l'amène à vivre une nouvelle image corporelle. C'est sur la base

de ces sensations que s'élaboreront les enjeux psychiques, l'amenant à se construire dans sa nouvelle identité maternelle.

a. Les premiers signes de grossesse :

Durant les trois premiers mois, c'est le ressenti et la perception des symptômes décrits par la suite qui prédominent sur le plan corporel. C'est donc une phase de prise de conscience de la grossesse. Les différentes manifestations physiques, permettent à la femme de se préparer à sa nouvelle identité : celle de mère. "Désormais la femme n'est plus seulement une femme mais une femme qui est enceinte" ((Marinopoulos et Nisand, 2007, p. 150). D'ordinaire, le premier signe le plus fréquent de la grossesse qui alerte la femme à vérifier son intuition est l'aménorrhée. Divers signes sympathiques subjectifs, tels que des nausées, des vomissements, une fatigue excessive, une modification du volume des seins, des sensations de malaise peuvent laisser supposer à une femme la possibilité qu'elle soit enceinte. Mais la confirmation d'une grossesse sera apportée par un dosage urinaire ou sanguin des β HCG, hormone sécrétée uniquement durant la grossesse et permettant son maintien. Par ailleurs, le diagnostic de grossesse sera étayé par l'échographie qui permettra de repérer, localiser, dater la grossesse et confirmer sa viabilité (Aubert-Burri, 2011, p. 2).

b. Les modifications physiologiques de la grossesse:

L'ensemble des modifications est sous l'influence des hormones dont la production est augmentée durant la grossesse. Concernant le système reproducteur, elles vont permettre de favoriser la croissance du fœtus et de préparer le corps à l'accouchement. On retiendra comme changement primordial la bascule de l'utérus vers l'avant, l'antéversion, et son hypertrophie progressive. Concernant le système cardiovasculaire, les remaniements permettent d'assurer les apports nécessaires au fœtus, de prévenir des pertes de sang durant l'accouchement, de maintenir une activité cardiaque et d'augmenter la vitesse et la qualité de la coagulation. Pour se faire, on retiendra surtout l'élévation jusqu'à 40% du volume sanguin. Celle-ci amène à une augmentation du débit cardiaque, pouvant se traduire cliniquement par une tachycardie modérée. Sur le plan du système respiratoire, en raison de l'état de grossesse, le métabolisme général du corps maternel augmente significativement. Les changements génèrent une tendance à l'hyperventilation. Le système urinaire n'est pas épargné tout comme le système digestif. La masse corporelle s'accroît petit à petit entraînant aussi une modification de l'image corporelle chez la femme (Marieb & Hoehn, 2010, p. 1263).

c. Corps et grossesse:

"Le corps, c'est toute une histoire.

Le corps, c'est une apparence, c'est une mouvance, ça donne une forme et une image de soi.

C'est notre signature au monde.

C'est un signe de l'être, c'est une exigence à être.

Le corps signe notre identité, il la transcende.

Il porte en lui notre être profond, il le définit, parfois il le subit.

Il peut se faire lourdeur de vivre.

Le corps est fait de chair et de sang, de muscles et d'os.

Il est fait aussi de pensées, de mots.

Le corps est notre concrétude, notre réalité.

Il garde en lui tout le poids, lourdeur ou légèreté de nos émotions.

Le corps porte notre histoire. Une histoire individuelle, une histoire de transmission singulière.

Le corps porte des histoires, des histoires de famille, de culture et de groupe.

Il porte en lui la mémoire des disparus.

Entre vivants et morts, le corps est un messenger...

Messenger parfois entendu, parfois ignoré, parfois resté énigmatique comme en attente d'être déchiffré...

Notre corps raconte notre histoire.

Le corps c'est toute une histoire."

(Potel, 2010, p. 18)

Mais de quel corps parle-t-on ? Il y a le corps réalité, qui rencontre une double réalité, celle du corps de la mère et celle du corps de l'enfant à naître. Le corps de la femme enceinte est un corps qui en abrite un autre. Pour Missonier (2007), il s'opère un processus de nidification psychique du fœtus chez la mère, qui va l'intérioriser comme une partie d'elle-même. L'image inconsciente qu'elle a d'elle-même "se modifiera rapidement et intégrera ce nouvel organisme comme un nouvel organe" (Clerget, 2007, p. 62). Ce corps est accessible aux professionnels, nous l'observons, le palpons, le mesurons. Mais il y a aussi le corps vécu, qui est invisible. Il fait appel à l'image inconsciente du corps. Ce corps-là est traversé par les émotions, les sensations, les perceptions qui amèneront à la représentation de l'enfant. C'est avec ce corps là qu'une femme vit sa grossesse et nous ne le connaissons peu ou pas (Delassus, 2008).

Naissance d'une mère

"Notons que chez la femme, dont le corps s'est arrondi, enveloppé pour accueillir l'enfant, ce n'est pas seulement la peau qui s'est étirée jusqu'à en craquer : c'est l'esprit qui est devenu autre. Cette modification psychocharnelle est une caractéristique de la femme dans son changement. Ce vécu intime de la métamorphose du corps fait trace, empreinte. Il bouleverse profondément l'âme de celle qui porte l'enfant" (Marinopoulos et Nisand, 2007, p. 24)

1. La grossesse, un état de crise psychique

La période de la grossesse est décrite comme "une période de crise identitaire et de maturation psychologique (...) comparable à celle de l'adolescence" (Bayle, 2005). Très étudiée par de nombreux auteurs, tous décrivent la présence de remaniements importants.

Bydlowski parle du concept de transparence psychique en disant que la femme enceinte est en contact avec l'enfant qu'elle a été. La grossesse est une période à fort potentiel de changement durant laquelle il existe des remémorations infantiles où fantasmes, affects anciens et réminiscences affleurent à la conscience de la femme enceinte. Ce retour intérieur prend naissance dans son enfance et dans les relations qu'elle a eues avec ses propres parents. La femme retrouve des expériences passées, dont le souvenir s'est estompé. Ainsi, la grossesse place la femme dans un état de fragilité temporaire et permet un processus adaptatif, une grande mobilité psychique. Une véritable crise psychologique se met en place (Gendre, 2013, p. 49).

Racamier parle de la maternalité. "Il décrit une la maternalité comme une crise d'identité comparable à celle de l'adolescence" (Lejeune & Carbonne, 2007, p. 200).

Winnicott parle d'un état psychologique particulier de la femme enceinte, qu'il nomme "préoccupation maternelle primaire". Cet état d'hypersensibilité de la mère se développerait progressivement tout au long de la grossesse pour atteindre son degré le plus important en sa fin et se prolongerait encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Il lui permettrait de développer une sensibilité particulière aux besoins de son enfant (Gendre, 2013, p. 53).

Stern mentionne la "constellation maternelle", qui témoigne des représentations complexes amorcées durant la grossesse, chez la future mère. Elle est présente après la naissance mais se manifeste pendant la grossesse et quelquefois même avant. Elle est le reflet de la

création de la nouvelle organisation psychique de la future mère. Pour Stern, les remaniements s'opèrent selon trois préoccupations principales et évoquent des thèmes particuliers (Gendre, 2013, p. 51).

2. L'ambivalence :

Ressentie lors du premier trimestre, elle est caractérisée par la coexistence de deux sentiments opposés : amour et hostilité, désir et peur. Elle concerne l'acceptation et non-acceptation de l'état de grossesse du début. Tirillée entre l'envie d'être mère, porter un enfant pendant neuf mois et les angoisses, inquiétudes que le désir de maternité fait vivre, la future mère trouvera rapidement un aboutissement à ce conflit. L'ambivalence est une phase d'adaptation de la femme à la grossesse et au futur enfant. Elle est un processus normal mais qui peut être source de culpabilité pour la femme enceinte (Gendre, 2013, p. 50).

3. L'introversion:

L'élaboration de l'identité maternelle amène la future mère à un état de repli narcissique l'amenant à désinvestir le monde environnant au profit de son futur enfant. "Moment narcissique, la gestation focalise l'attention sur soi et fait de l'enfant à naître "un prolongement de soi" (Bruwier, 2012, p. 44). La grossesse, moment de rencontre avec soi, peut tout autant permettre une restauration narcissique que fragiliser la femme. Mais cet hyper investissement participe au bon déroulement de la grossesse. Le corps vécu de chaque femme est sollicité, est secoué . Ainsi, en se nichant dans le corps maternel, l'enfant impose à la femme enceinte d'être elle-même et autrui, la grossesse appelant à l'altérité. Elle se retrouve alors transformée dans son identité et accède au statut de mère.

4. L'enfant imaginaire:

Soubieux amène ce concept en expliquant que le fœtus n'est pas connu durant la grossesse. Il est l'objet de fantasmes, de rêveries des parents, de toutes sortes de désirs, il laisse place à beaucoup d'imagination, de transformation et d'évolution durant les neuf mois. C'est cet enfant imaginaire qui prend toute la place dans le psychisme des parents. Et il est directement lié au vécu des parents, depuis leur enfance (Soubieux, 2013, p.52).

5. Le lien transgénérationnel:

Mais, pour construire cette nouvelle identité, elle s'identifiera à sa propre mère, à la femme qu'elle est et la mère qu'elle deviendra. Selon Marinopoulos et Nisand (2007), "le sentiment maternel qui se développe pendant la grossesse s'origine dans un passé qui convoque des personnages rencontrés précédemment" (p. 26). C'est en cela que la maternité n'est pas instinctive, comme on pourrait le croire, mais aussi historique.

"Elle prend sens dans la construction de l'histoire de la personne alors qu'elle-même était un enfant, dans l'histoire de ses parents. Elle s'inscrit dans des repères filiatifs où le père et la mère de ce personnage enfant occupent des places centrales. (...) Il s'agit d'être mère dans une famille de mères, et l'influence psychique de celles-ci fait battre en retraite l'instinct (Marinopoulos et Nisand, 2007, p. 26).

La paternité

On voyait maintenant des femmes partout, des femmes en blouse qui marchaient vite, certaines portant des nouveau-nés ou des nés d'hier, des femmes en tenue de ville qui restaient sur place en se tenant le ventre et en jetant des regards inquiets de tous côtés, et des femmes molles en robe de chambre, aux traits tirés mais aux mines aguerries et sereines, qui semblaient être là depuis des années et considéraient les nouvelles d'un œil mi-débonnaire mi-indifférent [...]. Au milieu de ce cirque de femmes, on remarquait quelques maris plantés, déboussolés, qui tournaient sur eux-mêmes dès qu'une femme passait près d'eux, comme des girouettes dans les courants d'air. (Jaenada, 2002 cité par Truc, 2006, p. 341).

"A force d'accepter un fait évident, à force également d'idéaliser l'amour maternel, on n'insiste pas suffisamment sur l'amour paternel" (Ajuriaguerra, 1973, p.819 cité par Delaisi de Perseval, 2004, p. 31). En effet, la construction de la maternité est beaucoup étudiée et nombreux semblent être les professionnels qui tentent d'en comprendre les mystères. Chez la future mère, c'est sur la base de son vécu corporel de femme enceinte qu'elle construit sa nouvelle identité. Mais qu'en est-il alors de l'homme ? Qu'en est-il de sa paternité? Ne pouvant être "enceint", comment se construit-il dans sa nouvelle identité de père ?

La différence entre la paternité et la maternité est que l'ensemble des représentations participant à la construction de l'identité de père ne prend pas naissance à partir de sensations corporelles comme chez la mère. Chez le futur père, la nouvelle identité se construit sur l'imaginaire. En effet,

"le seul nid possible qu'un homme puisse aménager pour son enfant reste sa tête, c'est à dire le siège de ses pensées ; et c'est aussi de la tête de son père que l'enfant naît (...). Il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités laissées à l'homme que celles de réfléchir, d'imaginer, s'angoisser, rêver, se souvenir, bref faire travailler sa tête pour se préparer à devenir père" (Teboul, 1999 cité par Marinopoulos & Nisand, 2007, p. 40).

Les processus psychiques sont différents, devenir père est un processus qui prend du temps afin de nourrir un imaginaire pour penser son futur enfant. A cela, Marinopoulos et Nisand (2007) rajoutent qu'"en le faisant exister et grandir dans sa pensée, le père fait entrer l'enfant dans son humanité et se projette dans son nouveau statut" (p. 46). Si la paternité prend naissance dans les fantasmes et l'imaginaire de l'homme, comment peut-il l'élaborer ? Il y a

notamment l'échographie qui joue un rôle important car le futur père pourra voir et concrétiser ses sensations. Ce moment donne une réalité au futur enfant jusque là imaginé, l'image permet de lui donner corps et amène le père à visualiser sa première image de lui-même. Par ailleurs, au fil du temps, le ventre grossit, l'enfant est présent d'une certaine manière physiquement, il devient concret, il prend place. Ainsi, les changements corporels que vit la femme tout au long de sa grossesse participent à la construction de la paternité.

Mais c'est aussi la femme qui fait devenir l'homme un père. C'est en fonction de la place physique et psychique qu'elle lui reconnaît et lui laisse qu'il pourra acquérir sa nouvelle identité. Par ailleurs, il ne faut alors pas oublier que l'élaboration de la paternité est influencée par la propre histoire de chaque futur père et plus particulièrement par le lien transgénérationnel. Le lien que le père établira avec l'enfant est influencé par le lien établi avec son propre père. Marinopoulos & Nisand (2007) précisent aussi que "quant à la naissance réelle du père, sa reconnaissance en tant que père effectif, c'est dans le visage de l'enfant qu'il la lit" (p. 49). C'est donc la naissance de l'enfant qui amènera le père à se réaliser dans cette nouvelle identité.

Le rôle de l'échographie

Auparavant, le moyen permettant d'évaluer la présence de l'enfant in utero était la perception, par la mère, des mouvements fœtaux vers 20 SA. Progressivement, l'échographie a fait son apparition et son utilisation en obstétrique est primordiale. En effet, les ultrasons permettent de confirmer la présence d'une grossesse, de détecter la vie fœtale, de déterminer l'âge gestationnel, d'apprécier la quantité de liquide amniotique et l'insertion placentaire, de vérifier le bon développement du fœtus et d'évaluer la présence d'éventuelles anomalies. Cet examen se réalise généralement lors du premier trimestre vers 12 semaines ou avant (datation), puis vers 22 SA (morphologie) et enfin vers 32 SA (croissance), (Garel et Legrand, 1995 p. 33).

Grâce à elle, les parents peuvent très tôt avoir une première image du fœtus. "Et nous commençons à bien le connaître, ce personnage transformiste. Nous le suivons au plus près avec nos sondes sophistiquées qui téléchargent des images et les distribuent fièrement, rendant le monde aquatique utérin de la mère accessible à tous" (Marinopoulos et Nisand, 2007, p. 217). Image d'un cœur qui bat, des mouvements de succion, des bâillements, possibilité de savoir le sexe... autant d'attitudes, de comportements et d'images captées sur le moment de l'examen qui humanise et personnalise le fœtus. Il devient une réalité aux yeux des futurs parents, leur permettant de se projeter, de le penser et de l'investir émotionnellement. La visualisation du fœtus a donc un impact très fort et laisse une empreinte dans le psychisme des parents, participant à la construction de leur nouvelle identité.

Ainsi, très tôt durant la grossesse des liens peuvent se créer avec le fœtus et cela dépendra de chaque couple. La représentation liée au fœtus et son investissement est unique et dépend de l'histoire personnelle de la future mère, du futur père. Mais la grossesse entraîne un ensemble de changements physiques et psychiques qui ne sont pas sans conséquence et déséquilibres identitaires et ce dès le début. On comprend alors, que la perte même précoce de la grossesse interrompt brutalement un début de processus de construction d'une nouvelle identité : celle de parents.

Problématique

A travers ce cadre théorique, nous avons pu voir que la fausse couche du premier trimestre est fréquente dans la vie d'une femme mais cela n'en fait pas pour autant une banalité pour le couple. En effet, il y a un ensemble d'enjeux physiques et psychiques qui font que, très tôt, durant la grossesse, c'est l'ensemble de l'identité de la femme qui est remaniée pour devenir mère. Et chaque couple, chaque femme investissent de façon différente la grossesse. Des études mentionnent la dépression, l'anxiété, le stress, l'état de stress post-traumatique comme conséquences psychologiques de la fausse couche précoce. (Séjourné, Callahan et Chabrol, 2008). Mais avant de parler et d'évaluer des possibles troubles psychiques, qu'en est-il du vécu des femmes au moment de l'annonce de la fausse couche ? Par quel processus le couple passe-t-il dans son vécu ? Par ailleurs, si l'on s'intéresse particulièrement aux conséquences sur la femme c'est parce qu'elle est la première touchée au plus profond et intime de son être. Mais qu'en est-il de leur compagnon ? Que ressent-il ? Ainsi, une première question de recherche apparaît :

quel est le vécu du couple lors d'une fausse couche ?

La place du fœtus et sa représentation dans le psychisme des parents ne seront pas les mêmes pour tous. Pour certains déjà un enfant, pour d'autres seulement un embryon, parfois déjà des projets, des représentations, une projection en tant que parent et cela parfois très tôt durant la grossesse. Chaque histoire est différente, unique et singulière. Au-delà des débats philosophiques, des questions éthiques et religieuses, la question du statut de l'embryon et du fœtus est liée à la représentation qu'en ont les parents, en lien avec leur histoire de vie, leur culture. Mais d'un point de vue juridique, la reconnaissance de cette perte précoce peine à se faire, il n'y a pas de reconnaissance légale. Cette perte devient donc un non-événement aux yeux de la société, qui peut passer inaperçu. Cet arrêt de grossesse n'est alors pas seulement une perte physique mais elle représente souvent l'arrêt brutal de toutes les représentations et projets pensés, évoqués, mis en place ou se mettant en place par rapport à ce futur enfant. Si la souffrance et la douleur des couples lors d'un deuil périnatal sont largement reconnues et considérées dans la pratique professionnelle, on peut se demander si les pertes précoces peuvent aussi se vivre comme un deuil. Ainsi, une deuxième question de recherche apparaît :

peut-on parler de deuil périnatal lors d'une fausse couche précoce ?

Revue de littérature

Méthodologie

La constitution de la revue de littérature implique une méthodologie permettant de trouver un ensemble d'études afin d'avoir des données précises sur le sujet et amenant à répondre aux questions de recherche initialement posées pour ce travail.

1. Bases de données:

La recherche d'études a nécessité l'utilisation de plusieurs bases de données afin de cibler au mieux les articles. En effet, le sujet choisi aborde une dimension plutôt subjective et psychique de la fausse couche. Ainsi, la revue de littérature s'avère être plus qualitative que quantitative. Afin d'avoir une vue d'ensemble des études disponibles et traitant de ce point de vue, j'ai fait le choix d'utiliser des bases de données telles que MIDIRS (Midwives Information and Ressource Service), CINAHL, PsycINFO, MEDLINE via PubMed, ScienceDirect, CAIRN.INFO. Toutes sont en anglais, sauf la dernière.

2. Mots-clés:

La première étape a consisté à déterminer les mots-clés permettant de trouver des études répondant au sujet. Pour cela, il m'a fallu cibler la population concernée. D'après la question de recherche, il s'agit du **couple**, qui concerne **la femme, l'homme/le partenaire**. Ensuite, j'ai centré la recherche d'articles sur la **fausse couche du premier trimestre**. Enfin, les données devaient concerner le **vécu psychologique, l'expérience**. Etant donné que la majorité des bases de données sont en anglais, l'ensemble de ces mots a été traduit afin d'effectuer des recherches pertinentes. Pour cela, le centre de documentation de la Haute Ecole de Santé de Genève propose un outil de traduction des mots-clés s'intitulant HONselect (Health On the Net Foundation). Cet outil permet de trouver des mots MeSH (Medical Subject Headings) et de les traduire en anglais. Ce système de traduction permet d'effectuer des recherches à travers l'ensemble des bases de données en utilisant un système de codage. Ainsi, j'ai retenu les MeSH **interpersonal relations, male partner, abortion spontaneous, life experiences, psychological**.

3. Recherche d'études pour la revue de littérature:

a. Critères d'inclusion et d'exclusion:

Le principal critère d'inclusion a concerné l'âge gestationnel de la fausse couche. Comme cité dans le titre, l'objet d'étude est la fausse couche précoce donc avant 12 semaines d'aménorrhée (SA) ou 16 SA, selon la définition anglo-saxonne. Ainsi, ont été incluses toutes les études se rapportant uniquement à un âge gestationnel inférieur à 16 SA. Ont été exclues toutes les études mélangeant les différents types de fausses couches ainsi que la mort in utero et toutes les études antérieures à l'année 2000.

b. Sélection des études:

La sélection des études s'est faite par étapes en suivant deux principaux critères. Le premier étant celui de l'âge gestationnel, comme énoncé dans le point précédent. La lecture du titre, de l'abstract ou des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de population, contenant la donnée de l'âge gestationnel, m'a permis de trier les études. Le deuxième critère de sélection est relatif au contenu des études. Ont été sélectionnées les études ayant une question de recherche pertinente, des critères éthiques respectés, ainsi qu'un contenu répondant à la question de recherche de l'étude et apportant des éléments de réponse pour cette revue de littérature.

c. Utilisation des bases de données:

La procédure de recherche a consisté à associer les différents mots-clés ensemble en constituant diverses combinaisons grâce à l'opérateur booléen "AND". Dans la base de données PsycINFO, j'ai associé les mots-clés **abortion spontaneous AND life experiences**, donnant lieu à 21 résultats. Une étude a été sélectionnée. Le mot-clé **life experiences** étant trop restrictif, je l'ai remplacé par le mot **experiences**, afin de balayer plus largement les études. J'ai donc utilisé une nouvelle combinaison **abortion spontaneous AND experiences**. 100 résultats sont apparus et m'ont permis de sélectionner deux autres études. Ainsi, sur cette première base de données, j'ai choisi trois études pertinentes, nommées respectivement étude 1, étude 2, étude 3 au cours de la revue de littérature

1. Adolfsson, A., Bertero, C., Larsson, P.G. & Wijma B. (2004). Guilt and emptiness : women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25(6), 543-560.
2. Maker, C. & Ogden J. (2003). The miscarriage experience : more than a trigger to psychological morbidity ?. *Psychology & Health*, 18(3), 403-415.
3. Murphy, F. & Merrel, J. (2008). Negotiating the transition : caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591.

La principale difficulté a été de trouver des recherches quantitatives récentes uniquement sur la fausse couche précoce. L'aide des bibliothécaires a été précieuse et m'a permis de déterminer un autre MeSH : **pregnancy trimester first**. Ainsi, sur la base de données CINAHL, j'ai effectué la combinaison **abortion spontaneous AND pregnancy trimester first**. 338 résultats sont apparus. Beaucoup d'études concernaient les aspects médicaux de la fausse couche. La lecture du titre m'a permis de faire une sélection. Seule une étude a retenu mon attention, nommée étude 5 dans la revue de littérature.

5. Chan, CH., Cheung, CS. & Ng, EH. (2013). Stress and anxiety-depression levels following first-trimester miscarriage : a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120, 1090-1097.

A l'aide de la base de données PubMed et l'association des mots-clés **abortion spontaneous AND male partner**, 119 résultats sont apparus. Sur la base de la lecture des titres, j'ai sélectionné une étude nommée étude 7 dans la revue de littérature.

7. Chung, T., Kong, G., Lai, B & Lok, I. (2010). Gender comparison of psychological reaction after miscarriage- a 1 year longitudinal study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117, 1211-1219.

La base de données PubMed donne en complément des références de diverses études associées à une étude sélectionnée. Ainsi, cela permet d'élargir les références de données. C'est ainsi qu'une recherche a été trouvée, nommée étude 4 dans la revue de littérature.

4. Benyamini, Y., Gerber-Epstein, P. & Leichtentritt, R. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy : the women's voices. *Death Studies*, 33, 1-29.

d. Screening des bibliographies:

La lecture attentive des bibliographies des études sélectionnées, notamment celle de l'étude 7 a permis de trouver une autre étude, intégrée à la revue de littérature, nommée étude 6.

6. Conway, K. & Russell, G. (2000). Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 531-545

4. Ouvrages et articles pour le cadre de références théoriques et la discussion:

La procédure de recherche d'articles pour la revue de la littérature m'a permis de lire, plus ou moins en détail, un grand nombre d'études et de revues de littérature. Ainsi, les plus pertinentes, toujours basées sur les critères d'inclusion et d'exclusion énoncés auparavant, ont été retenues pour le cadre de référence et la discussion. Par ailleurs, j'ai utilisé le moteur de recherche google scholar et la base de données CAIRN.INFO afin de balayer plus largement la thématique. D'autres mots clés tels que **early miscarriage**, **early pregnancy loss**, **women's experiences** ont été utilisés.

Concernant les ouvrages, j'ai principalement utilisé le catalogue des bibliothèques, plus précisément celui du réseau des bibliothèques Genevoises (RERO) mis en ligne par la Haute Ecole de Santé de Genève.

5. Limites:

Cette revue de littérature s'est effectuée à l'aide de différents mots-clés ayant permis de trouver certaines études. Mais l'utilisation d'autres mots-clés ainsi que d'autres combinaisons aurait peut-être amené à trouver d'autres études, aussi utiles pour compléter la revue de littérature. Ainsi, elle n'est pas exhaustive et doit être mise à jour continuellement sur la base des nouvelles études.

Analyse de l'étude n°1

"Guilt and emptiness : women's experiences of miscarriage"

Références de l'article	Adolfsson, A., Bertero, C., Larsson, P.G. & Wijma B. (2004). Guilt and emptiness : women's experiences of miscarriage. <i>Health Care for Women International</i> , 25(6), 543-560.
Objectifs de l'étude	Acquérir et approfondir des connaissances sur le vécu des femmes lors d'une fausse couche.
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative, phénoménologique - Entretiens semi-dirigés, 8 semaines à 20 semaines après la fausse couche
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu: service d'urgence d'une clinique du sud-ouest en Suède - Recrutement : lettre envoyée à 42 femmes prise en charge suite à une fausse couche, sélection de 32 selon les critères d'inclusion puis réponse positive de 15 femmes - Echantillon : 13 femmes - Critère inclusion : âge de plus de 18 ans, grossesse de moins de 16 semaines, parler suédois - Données : âge moyen de 30 ans, mariées ou non, habitent en ville ou en campagne, type de traitement variable, le nombre d'enfant des participantes varie de 0 à 8. 9 participantes interrogées ont vécu pour la première fois une fausse couche, 2 participantes ont vécu 2 fausses couches, 1 participante 3 et 1 participante 5 fausses couches
Age gestationnel de la fausse couche	< 16 SA
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Le début de grossesse est marqué par un ensemble de bouleversements psychiques amenant la femme à se projeter comme future mère - La fausse couche a un impact négatif sur le psychisme de la femme et la perte liée prend plusieurs significations - La chagrin lié à la perte amène à vivre un processus de deuil - Le sentiment de culpabilité ressenti par les femmes est fort lors de la fausse couche - La notion de temps est primordiale aux urgences lors de l'attente de la confirmation du diagnostic - Les besoins des femmes sont : besoin de confirmation, de reconnaissance de leur vécu et de compréhension de leur situation, besoin d'en parler avec une personne compétente, qui comprend et répond à leurs questions, besoin de ne pas être seule dans leur expérience - Il existe une différence de réactions entre homme et femme qui peut être à l'origine de conflits de couples

	- Un antécédent de fausse couche a un impact sur la grossesse future
Ethique	- Approbation d'un comité d'éthique - Informations aux participantes sur le moyen de recrutement et le but de l'étude - Règles de confidentialité explicitées
Points forts/ points faibles	- Les résultats de l'étude concordent avec d'autres recherches - La recherche fait ressortir la culpabilité, dimension importante liée au vécu d'une fausse couche - L'échantillon de population est limité ne permettant pas de généraliser les résultats

Analyse de l'étude n°2

"The miscarriage experience : more than a trigger to psychological morbidity ?"

Références de l'article	Maker, C. & Ogden J. (2003). The miscarriage experience : more than a trigger to psychological morbidity ?. <i>Psychology & Health</i> , 18(3), 403-415.
Objectifs de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter des précisions quant à l'expérience des femmes lors d'une fausse couche au premier trimestre - S'intéresser à l'impact de certains facteurs biographiques (planification de la grossesse, désir de la grossesse, nombre de fausses couches antérieures, parité) sur le vécu de la fausse couche
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative, phénoménologique - Entretiens semi-structurés, 5 semaines après la fausse couche
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu: unité de début de grossesse, hôpital de Londres - Recrutement : suite à une entrevue lors du diagnostic de fausse couche - Echantillon: 13 femmes - Critère inclusion : fausse couche avant 14 SA - Données : âgées de 22 à 43 ans, 3 participantes ont fait une fausse couche, une participante 2 et pour 10 autres pas d'antécédent. 6 grossesses sur 13 planifiées et 10 grossesse voulues. Pour 11 des participantes c'est une première grossesse et 2 participantes ont 1 enfant
Age gestationnel de la fausse couche	< à 14 SA
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe 3 étapes par lesquelles passent les femmes lors d'une fausse couche : une tourmente émotionnelle, l'ajustement et la résolution - Il existe un ensemble de sentiments particuliers, immédiatement après le diagnostic de fausse couche posé - Des signes physiques précis sont évocateurs d'une mauvaise évolution de la grossesse - Si grossesse voulue : le vécu de la fausse couche est douloureux, présence d'un processus émotionnel de résolution - Si grossesse non voulue: la fausse couche est vue comme un soulagement, de façon positive - La parité permet de relativiser le vécu - Des antécédents de fausse couche amènent une remise en question de la fertilité, de la capacité à être mère, une gêne de l'entourage, - Quelque soit le nombre de fausses couches, il y a une anxiété pour une grossesse future - Le manque d'informations sur la fausse couche est un facteur influençant le vécu physique

	<ul style="list-style-type: none"> - 3 stratégies pour faire face à l'évènement sont identifiées : la comparaison sociale, le partage de l'expérience et la recherche de la cause. - La recherche de la cause de la fausse couche fait partie du processus d'ajustement et de résolution de l'évènement - L'évolution du processus émotionnel après la fausse couche est variable : diminution des émotions négatives, capacité à voir la fausse couche comme un apprentissage ou processus de résolution toujours en route - La signification de la fausse couche est individuelle et le vécu dépend de facteurs individuels, biographiques
Ethique	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation d'un comité d'éthique - Accord et permission des médecins de l'hôpital - Informations sur les buts et moyens de l'étude explicités aux participantes - Consentement écrit signé
Points forts/ points faibles	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats de l'étude concordent avec d'autres recherches - L'étude apporte une compréhension du vécu de la fausse couche selon des expériences variées - L'étude apporte une vision nouvelle quant au vécu lors d'une fausse couche, à comprendre selon 3 grandes étapes - La recherche apporte des éléments quant au vécu sur le plan physique et sur les stratégies pour faire face à l'évènement - La recherche montre l'impact de facteurs biographiques sur le vécu - Les entretiens sont réalisés 5 semaines après la fausse couche ce qui constitue un biais dans le discours des participantes

Analyse de l'étude n°3

"Negotiating the transition : caring for women through the experience of early miscarriage"

Références de l'article	Murphy, F. & Merrel, J. (2008). Negotiating the transition : caring for women through the experience of early miscarriage. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 1583-1591.
Objectifs de l'étude	- Discuter de l'expérience des femmes qui sont hospitalisées pour une fausse couche du premier trimestre
Méthodologie	- Recherche qualitative ethnographique - Entretiens, immédiatement après la fausse couche à quelques temps après (non précisé)
Population cible	- Lieu : 3 unités gynécologiques différentes à Wales - Recrutement: lors de la période d'observation dans les services - Echantillon :16 professionnels de santé (10 infirmières, 3 médecins, 3 échographistes) et 8 femmes - Données : expérience de la fausse couche de quelques jours à quelques années, âges des participantes de 30 à 59 ans, 4 participantes= première fausse couche, 2 en ont fait 2, 1 participante 3 et 1 dernière 8 fausses couches. Seule une participante n'a pas d'enfant.
Age gestationnel de la fausse couche	< à 14 SA
Résultats	- Il existe des signes physiques annonciateurs de la fausse couche - Une dimension de temporalité apparaît lors de la confirmation du diagnostic - Le but de la pratique professionnelle: accentuer la préparation des femmes à la mauvaise nouvelle et soutenir les participantes après l'annonce - Les professionnels ont un rôle important à jouer dans ce moment de vie - Le contexte de prise en charge est un facteur influençant le vécu de la fausse couche - Il y a un vécu émotionnel particulier après la fausse couche en réaction à la perte - Les points de vue des professionnels sur le vécu des femmes sont variables - Il y a une dimension temporelle de résolution et de récupération sur le plan psychologique indispensable pour l'intégration de l'expérience - La fausse couche est un événement de vie complexe entraînant un état de crise, qui initie une période de transition

	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus émotionnel après la fausse couche peut être considéré comme un deuil mais tous les professionnels ne sont pas d'accord
Ethique	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation d'un comité d'éthique - Accord et permission des Professeurs des hôpitaux ainsi que du personnel administratif - Informations orales et écrites données aux équipes de professionnels et aux patients pour la période d'observation - Informations complémentaires explicitées aux participants - Consentement écrit signé par les participants (professionnels et femmes)
Points forts/ points faibles	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats sont un apport majeur pour la pratique professionnelle - Les résultats de l'étude concordent avec d'autres recherches - La discussion des auteurs apporte un point de vue anthropologique et psychologique sur la fausse couche complétant les résultats - Les entretiens sont réalisés soit immédiatement ou quelque temps (non précisé) après la fausse couche ce qui constitue un biais dans le discours des participantes - L'échantillon de participants ne reflète pas la diversité de la population prise en soins dans l'unité - Le chercheur n'est jamais neutre dans son analyse. Il influence le processus de collection des données, d'analyse et d'interprétation.

Analyse de l'étude n°4

"The experience of miscarriage in first pregnancy : the women's voices"

Références de l'article	Benyamini, Y., Gerber-Epstein, P. & Leichtentritt, R. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy : the women's voices. <i>Death Studies</i> , 33, 1-29.
Objectifs de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire l'expérience des femmes qui ont vécu une fausse couche précoce lors d'une première grossesse - Discuter des résultats afin d'avoir des pistes concrètes dans le but d'aider les femmes qui ont souffert de cet évènement et qui n'ont pu trouver, dans leur entourage proche, un soutien adéquat, de l'empathie
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative, phénoménologique - Entretiens individuels avec des questions ouvertes
Age gestationnel de la fausse couche	6 SA à 15 SA
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu : Israël - Recrutement : via des annonces - Echantillon : 19 femmes qui ont perdu leur première grossesse - Critères d'inclusion: âge maternel < 35 ans, fausse couche il y a moins de 5 ans, être enceinte ou mère au moment de l'étude - Données : participantes mariées, âgées entre 25-35 ans, insérées professionnellement et en possession d'un diplôme universitaire, 18 sont mères et 1 dans son dernier trimestre de grossesse lors de l'entretien
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - La fausse couche est à comprendre comme un évènement socioculturel et l'expérience des femmes est à voir par ce biais. - Le vécu de la fausse couche est à considérer en lien avec ce qui accompagne le premier trimestre psychique de la grossesse - Il existe un contraste entre la fausse couche qui survient rapidement, brutalement et la douleur, la perte liée qui est un processus long - La perte est difficile à décrire du fait du statut de l'embryon. La définition et la compréhension est différente en fonction des femmes - Il y a confrontation entre une réalité interne (celle de la femme qui a perdu la grossesse) et une réalité externe (celle de l'entourage) - La perte de la première grossesse remet en question différentes dimensions - Il y a une différence du vécu entre homme et femme - Les stratégies pour faire face à la perte sont : la présence d'un réseau, le soutien des proches, un groupe de femmes qui ont vécu le même évènement - Les besoins des femmes sont : de la compréhension, de la sensibilité et

	de l'empathie, le soutien de professionnels, de les laisser vivre leur deuil, de laisser la place à chaque expérience et vécu de façon individuel
Ethique	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation d'un comité d'éthique - Informations aux participantes des intentions de la recherche - Possibilité de rompre l'engagement à tout moment
Points forts/ points faibles	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats de l'étude concordent avec d'autres recherches - La recherche montre la complexité du vécu d'une fausse couche et l'importance d'une vision socioculturelle afin de le comprendre - L'étude apporte des pistes concrètes pour la pratique professionnelle - Les interviews sont réalisées en Hébreu et les données traduites anglais ce qui apporte un biais - Le critère d'inclusion "première grossesse" est une limite pour l'échantillon de population - Les participantes sont mères ou vont le devenir au moment des entretiens ce qui influence le vécu de la fausse couche - Les entretiens sont menés un certain temps après la fausse couche, ce qui affecte et modifie le vécu de l'évènement (critère d'inclusion : fausse couche les 5 dernières années)

Analyse de l'étude n°5

"Stress and anxiety-depression levels following first-trimester miscarriage : a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction"

Références de l'article	Chan, CH., Cheung, CS. & Ng, EH. (2013). Stress and anxiety-depression levels following first-trimester miscarriage : a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction. <i>An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , 120, 1090-1097.
Objectifs de l'étude	Comparer le niveau de stress, d'anxiété et de dépression après la perte précoce d'une grossesse entre des femmes qui ont conçu de façon naturelle et des femmes qui ont eu recours à une procréation médicalement assistée
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> - Etude quantitative de cohorte, prospective - Année : avril 2008 à octobre 2010 - Mesures: 1 semaine, 4 semaines et 12 semaines après le diagnostic de fausse couche
Outils :	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-structurés avec 2 questionnaires standardisés <ul style="list-style-type: none"> • General Health Questionnaire, GHQ-12 (12 items) Mesure la détresse psychologique par le biais de symptômes (anxiété, insomnie...). Score >15 = détresse psychologique significative Score 11-12 = niveau typique de réponse lors d'une fausse couche • Revised Impact Event Scale, IES-R (22 items) Mesure la détresse de façon subjective lors de tout évènement de vie et les réponses associées aux traumatismes
Age gestationnel de la fausse couche	< 12 SA
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu : Clinique de reproduction assistée "Queen Mary Hospital", Hong-Kong et une unité générale de gynécologie rattachée à l'hôpital - Recrutement : à l'unité de début de grossesse ou lors de l'admission en service de gynécologie - Echantillon : N= 150 <ul style="list-style-type: none"> • G1 (conception naturelle) = 75 participantes • G2 (procréation médicalement assistée) = 75 participantes - Critères d'exclusion: nationalité autre que Chinoise, antécédents psychiatriques, fausses couches récurrentes - Données sociodémographiques : différences significatives <ul style="list-style-type: none"> • G2 : âge moyen significativement supérieur à G1 (p< 0.001) • G2 : durée de la grossesse significativement < à G1 (p=0.005)

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Semaine 1 : <ul style="list-style-type: none"> • GHQ-12: score G1 et G2 > 15 = détresse psychologique significative associée à la fausse couche précoce • IES-R: scores élevés pour G1 et G2 = réponse immédiate à un évènement traumatique que constitue la fausse couche • seul le facteur antécédent de fausse couche est significatif dans la prédiction de détresse psychologique (p=0.021) - Semaine 4 : <ul style="list-style-type: none"> • GHQ-12 : score de G1 < 11 = retour à un niveau de réponse normal et score G2 = 12 • IES-R : score G2 significativement > à G1 (p<0.001) = traumatisme psychologique plus fort pour G2 - Semaine 12 : <ul style="list-style-type: none"> • GHQ-12 : score de G2 < 11 = retour à un niveau de réponse normal avec score significativement plus élevé (p<0.001) que G1 à cette même semaine - Diminution progressive des scores au fil des semaines dans les 2 groupes mais scores moyens de G2 significativement > G1 pour les 2 questionnaires (p<0.001) quelques soient les semaines - Retour à un niveau de réponse normal plus rapide dans G1 que G2 - G2 a un vécu de l'expérience traumatique, un niveau de stress, d'anxiété et de dépression > à G1 - Fenêtre potentielle à 4 semaines pour offrir une intervention thérapeutique
<p>Ethique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation d'un comité d'éthique - Consentement écrit signé - Vérification de la fiabilité et validité des versions chinoises des 2 questionnaires - Orientation vers un soutien psychologique pour les participantes avec une détresse significative ou qui expriment un mal-être psychique
<p>Points forts/ points faibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche innovante quant à l'échantillon de population - Le recrutement, la finalisation des questionnaires et les entrevues ont été menés par la même infirmière chercheuse - Les résultats permettent de réfléchir à des apports concrets à mettre en place dans la pratique professionnelle - Il existe des différences sociodémographiques entre les 2 groupes pouvant constituer des biais - D'autres études sont nécessaires pour mesurer à plus long terme l'impact de la fausse couche - L'étude se limite à la population chinoise, il est donc à considérer les différences culturelles dans les résultats - Le diagnostic de fausse couche influence la mesure de base de la détresse psychologique, une mesure antérieure est nécessaire - Il manque l'évaluation (à plus long terme) des réponses pathologiques des femmes orientées vers un suivi psychologique

Analyse de l'étude n°6

"Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage"

Références de l'article	Conway, K. & Russell, G. (2000). Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. <i>British Journal of Medical Psychology</i> , 73, 531-545
Objectifs de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Investiguer la réponse des femmes (F) et de leurs partenaires (P), quant à la douleur liée à la fausse couche - Déterminer si le support reçu est adéquat et approprié aux besoins du couple
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> - Etude quantitative de cohorte, prospective - Mesures: dans les 3 semaines suivant la fausse couche et 2 à 4 mois après
Outils :	<ul style="list-style-type: none"> - 2 questionnaires - Questionnaire initial : <ul style="list-style-type: none"> • 80% de questions fermées sur la période avant la fausse couche, pendant et les données démographiques. • Utilisation de la "Perinatal Grief Scale" (33 items, étudie le processus du chagrin, de la douleur, échelle spécifique et adaptée lors d'une la perte de la grossesse) - Questionnaire de suivi : complété par 18 F et 16 P <ul style="list-style-type: none"> • 48% de questions ouvertes sur la période après la fausse couche • Utilisation de la "Perinatal Grief Scale"
Age gestationnel de la fausse couche	Entre 5 SA et 16 SA
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu : 3 hôpitaux en Australie - Recrutement : lors de l'hospitalisation des F ou lors de leur visite chez un médecin généraliste - Echantillon : 39 F et 32 P - Données sociodémographiques : 53.9% F et 48% P âgés de 31 ans, 22 F et 12 P ont déjà des enfants, professions et statuts économiques variés
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - La fausse couche est un évènement significatif pour la majorité des F (88%) et de leurs P (63%) qui vivent des sentiments de perte 2 à 4 mois après l'évènement - Sur la Perinatal Grief Scale (questionnaire initial): score P > score F sur 3 échelles de façon significative ($p < 0.001$)

	<ul style="list-style-type: none"> - Score F > score de personnes ayant vécu un évènement de vie stressant précédant les 12 derniers mois. La fausse couche est un évènement significativement stressant ($p = 0.004$) - Les P ont besoin de reconnaissance et de validation de leur vécu émotionnel - Le soutien des professionnels est perçu comme non optimal par les F et les P - Un manque de communication avec les professionnels peut causer de la douleur. Celui-ci peut facilement être amélioré avec des informations pratiques - Le soutien d'amis est reconnu par les F et les P - Pour la majorité des couples, la fausse couche n'a pas d'impact sur leur relation de couple - La majorité des femmes sont ambivalentes à l'idée d'une prochaine grossesse et s'attendent à des difficultés
Ethique	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation d'un comité d'éthique - Explications orales sur le déroulement de l'étude - Consentement écrit signé - Pack contenant le questionnaire initial ainsi qu'une enveloppe prépayée pour le retourner fournie aux participants
Points forts/ points faibles	<ul style="list-style-type: none"> - L'échantillon est petit, pas de généralisation possible des résultats - Il y a une perte de participants entre le 1er et 2ème questionnaire qui est un biais commun aux études prospectives - Les résultats ne sont pas comparables à d'autres études car celle-ci ne s'étend que sur un temps limité (4 mois après la fausse couche précoce) - Les questions ouvertes dans le 2ème questionnaire apportent des données complémentaires qui sont difficiles à interpréter uniquement avec des données quantitatives - Les auteurs donnent des explications claires et pertinentes de leurs résultats et tentent de comprendre les limites de leur étude - Etude prospective innovante car elle inclut les partenaires - Cette étude regroupe peut être les P qui souffrent le plus de la fausse couche précoce et n'est pas généralisable aux hommes - Les résultats contredisent des études car il existe une différence significative dans le vécu homme/femme. Le vécu des hommes est plus élevé

Analyse de l'étude n°7

"Gender comparison of psychological reaction after miscarriage - a 1 year longitudinal study"

Références de l'article	Chung, T., Kong, G., Lai, B & Lok, I. (2010). Gender comparison of psychological reaction after miscarriage- a 1 year longitudinal study. <i>An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , 117, 1211-1219
Objectifs de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Explorer la réaction psychologique des hommes, en réponse à une fausse couche et étudier son évolution durant une année - Comparer les réactions à celles de leurs partenaires - Investiguer la possible corrélation des états psychologiques entre les partenaires
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective longitudinale et observationnelle - Mesures: immédiatement après la fausse couche, 3, 6 et 12 mois après
Outils :	<ul style="list-style-type: none"> • - General Health Questionnaire, GHQ-12 (12 items) Mesure l'intensité de la détresse psychologique Score > 4 : patients avec morbidité psychologique • Beck Depression Inventory (BDI) (21 items) Mesure de symptômes dépressifs Score > 12 : probable trouble dépressif • Dyadic Adjustment Scale (DAS) (32 items) Evalue la perception de l'ajustement de la relation conjugale Score > 151 : bonne relation conjugale, score < 100 : discorde dans la relation
Age gestationnel de la fausse couche	9.8 SA +/- 2.0
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu : hôpital universitaire, Hong-Kong - Recrutement : durant l'admission des couples à l'hôpital - Echantillon : 83 couples au début, 57 à 3 mois, 52 à 6 mois, 39 à 12 mois - Critères d'exclusion : participation à contre cœur, antécédent de maladie psychiatrique - Critères d'inclusion : partenaires inclus seulement si les femmes sont d'accord - Données sociodémographiques : hommes plus âgés que les femmes de 2 ans, presque tous sont actifs, la moitié a eu un enseignement secondaire

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 51.8%femmes (F) et 40 % hommes (H) ont un score >4 au GHQ-12 immédiatement après la fausse couche - 25.3% F et 17%H ont un score au BDI >12 immédiatement après la fausse couche - Chez les F, il y a une baisse significative des scores du GHQ-12 ($p<0.001$) et du BDI ($p=0.006$) 3 mois après la fausse couche - De même chez les H ($p<0.001$). Mais alors que les scores au BDI et GHG-12 des H se stabilisent à 3 mois, ceux des F baissent continuellement jusqu'à 1 année - Les scores des H au BDI et GHQ-12 sont significativement plus bas que ceux des F ($p<0.001$) - La différence des réponses psychologiques se traduit par : des H moins affectés, moins déprimés, qui se relèvent plus vite que leurs partenaires et un impact psychologique plus court. - La différence des sexes quant aux réponses psychologiques persiste à 1 année. - Une corrélation positive existe entre les réactions psychologiques du couple, sauf 3 mois après la fausse couche - La grossesse planifiée ($p=0.004$), des discordes conjugales ($p=0.04$) et le fait de voir le fœtus par échographie ($p=0.02$) sont des facteurs qui accentuent le risque de morbidité psychologique.
<p>Ethique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation d'un comité d'éthique - Vérification de la fiabilité et validité des versions chinoises des 2 questionnaires - Consentement écrit signé - Valeur $P < 0.05$ statistiquement significative
<p>Points forts/ points faibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'étude s'intéresse autant à l'impact psychologique de la fausse couche chez l'homme que chez la femme - La recherche utilise des échelles et une méthodologie validées pour cette population spécifique - Cette étude confirme les résultats d'autres études et apporte des compléments d'informations - L'échantillon de population est limité ce qui ne permet pas de généraliser les résultats de l'étude - Il y a une perte de participants au fil de la recherche - L'étude se limite à la population chinoise, il est donc à considérer les différences culturelles dans les résultats

Analyse critique des études

1. Biais et limites relatifs aux échantillons de population:

Concernant l'ensemble des études de cette revue de littérature, toutes ont un point commun quant à l'échantillon de population : une taille limitée d'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats ($8 < n < 75$). Ainsi, pour vérifier les données, d'autres études s'avèrent nécessaires à de plus larges échelles. Par ailleurs, toutes les études choisies sont ciblées sur un âge gestationnel de la fausse couche au premier trimestre. L'objet d'étude est commun aux sept recherches et les résultats sont donc ciblés sur l'expérience des couples lors d'une période délimitée. Il n'y a pas de mélange de plusieurs périodes de fausse couche, pouvant amener des biais dans les données.

Les études 1, 2 et 7 détaillent les critères d'inclusions des participants. Ainsi, cela permet de constituer un échantillon de population homogène. En tant que lecteur, les données sociodémographiques sont accessibles et lisibles pour ces mêmes études ainsi que pour l'étude 4. Cela permet d'avoir une représentation mentale de l'échantillon de population et d'avoir en tête l'ensemble des dimensions pouvant influencer le vécu des couples. En revanche, l'étude 3 n'apporte pas suffisamment de données sur l'échantillon de population entraînant une perte d'information. Les études 4, 5 et 7 doivent considérer le contexte culturel de leur échantillon de population (Israël et Chine), ce qui ne permet pas de tirer des conclusions générales sur le sujet.

Seules les études 5 et 7 mentionnent les critères d'exclusion pour la constitution de son échantillon de population. Le principal biais des études 6 et 7 est la réduction de l'échantillon de population au fur et à mesure de l'étude, appelée la mortalité expérimentale, ce qui est l'un des points négatifs d'une étude longitudinale. Enfin, les études 5 et 7 sont multicentriques, ce qui apporte un critère de qualité quant à l'échantillon de population.

2. Biais et limites relatifs à la méthodologie des études:

Tous les auteurs sont légitimes quels que soient les articles ainsi que les lieux appropriés à la recherche. De plus, les articles sont récents. Ils permettent de faire découvrir différentes approches de la fausse couche selon divers services (urgences, services de gynécologie, hospitalisations) et ainsi d'avoir une vision globale de la problématique.

Concernant les études qualitatives 1, 2, 3 et 4, la méthode utilisée sur le terrain semble appropriée au but de la recherche. La discussion, sous forme d'entretien ouvert ou semi-dirigé, permet de récolter un grand nombre de données et d'explorer au mieux l'ensemble des représentations des participants. De même, les méthodes d'analyse de données pour ces quatre premières études paraissent explicites et respectent les critères d'analyse d'une recherche qualitative (retranscription, organisation, codage des données et contextualisation). Les étapes du processus sont clairement décrites dans chacune des études de même que les références bibliographiques sont citées. Les deux entretiens tests de l'étude 1 sont un point fort dans la méthodologie, ce qui permet de tester et de réajuster si nécessaire la grille d'entretien. Dans l'étude 1 et 4, la coopération de deux chercheurs est un point fort dans l'analyse des données car elle permet de multiplier les points de vue sur l'objet d'étude pour mieux se rendre compte de sa complexité. La rigueur de la méthodologie de l'étude 3 est accentuée par l'approche ethnographique, amenant le chercheur à observer son milieu d'étude un certain temps avant afin d'en connaître le plus précisément possible son fonctionnement. En revanche, cette recherche ne mentionne pas le moment où ont été réalisés les entretiens.

Concernant les études quantitatives, l'étude 7 décrit une méthodologie précise et détaillée permettant de comprendre chaque étape de la recherche. L'étude 5 demande plus d'informations quant à la méthodologie afin que cela soit plus clair pour le lecteur dans l'ensemble de la procédure. De même pour l'étude 6, la méthodologie manque de clarté, le nombre de participants énoncé diffère au fil de l'étude, il n'y a pas de critère d'inclusion ni d'exclusion et il manque les informations quant au moment où les questionnaires ont été envoyés aux participants. Enfin, cette étude perd un grand nombre de son échantillon de population au fil des mois. Peut-être qu'une autre méthodologie aurait été aussi adéquate comme les études 5 et 7. Afin d'éviter au maximum le biais de la mortalité expérimentale, la méthodologie contient des entretiens téléphoniques et des entrevues afin de relancer les participants. Les études 5, 6 et 7 détaillent chacune les outils de mesure utilisés (GHQ-12, IES-R, BDI, Perinatal Grief Scale) et donnent un point de référence pour l'interprétation des scores ce qui facilite la lecture et l'interprétation des résultats. Dans l'étude 5, il manque toutefois des données pour l'interprétation des scores de l'IES-R. Tous les outils de mesure sont validés et fiables. Le caractère prospectif de ces trois études est un critère de qualité des recherches. Enfin, la présence d'un groupe de contrôle dans l'étude 5 renforce sa crédibilité.

3. Critères éthiques :

Toutes les études ont été approuvées par un comité d'éthique. L'étude 2 a en plus obtenu l'accord et la permission des médecins de l'hôpital afin de pouvoir mener à terme leur recherche, l'étude 3, l'accord et la permission des Professeurs des hôpitaux ainsi que du personnel administratif. L'étude 2, 3, 5, 6 et 7 mentionnent la signature d'un consentement écrit, en revanche les études 4 et 1 non. Dans cette dernière, les auteurs ne décrivent pas de limite à leur recherche. L'étude 2, 3, 4, 5 et 7 donnent des détails sur l'ensemble des informations écrites et orales explicitées aux participants avant la recherche. Enfin, l'étude 6 utilise des abréviations non définies auparavant dans le texte.

4. Biais et limites relatifs aux résultats des études:

Toutes les études tentent d'expliquer leurs résultats en replaçant les données dans leur contexte et en les comparant avec d'autres recherches. Ainsi, elles apportent des éléments de réponse pour le travail de bachelor.

L'argumentation des études 1, 2, 3 et 4 est cohérente, le contenu est facilement compréhensible. Tout au long des articles les chercheurs ont suivi un modèle d'argumentation (détails des données, illustrations avec les dires des participantes). Ces 4 études ont un point commun important : la retranscription des points de vue des participantes et de leurs partenaires dans l'étude 1, ce qui enrichit les résultats. Les données sont claires, pertinentes, riches, convaincantes et répondent à la question de recherche initialement posée. Seule l'étude 3 a quelque redondance dans les catégories exposées et celles-ci ne reflètent pas toujours le contenu. L'étude 4 met en avant des résultats très précis, liés entre eux. Les chercheurs ont aussi retranscrit les émotions des participantes présentes au moment de l'entretien, ce qui amène un complément aux résultats de la recherche.

L'étude 1, 2 et 3 collectent les données quelques temps après la fausse couche. Ainsi, la réalisation tardive des entretiens peut faire que le vécu des participants est moins précis, se modifie et se transforme avec le temps, pouvant amener un biais aux résultats. L'étude 2, 3 et 4 prennent en considération les limites de leurs études et les intègrent pour l'analyse des données.

L'étude 1 met en avant le processus émotionnel et physique lors d'une fausse couche précoce. Elle apporte des données précises sur différents plans et aborde l'ensemble des dimensions psychocorporelles. Enfin, elle donne des précisions sur le vécu des hommes. Alors que la plupart des études ne considère pas l'impact de certaines variables (antécédents de fausses couches, de la parité et du type de traitement de la fausse couche) sur le vécu, l'étude 2 le considère. Elle envisage le vécu comme un processus dynamique,

fluide, qui se modifie au cours du temps et l'intègre à l'interprétation des résultats. Le point de vue des professionnel(le)s dans l'étude 3 est un bénéfice car il apporte un nouveau regard sur la problématique. L'étude 4 amène des résultats en fonction d'un contexte socioculturel particulier et permet d'étudier cette variable sur le vécu de la fausse couche précoce. Le principal biais que l'on retrouve dans les études 1, 2, 3 et 4 est relatif à la recherche qualitative et concerne la subjectivité du chercheur. En effet le chercheur n'est jamais neutre dans sa recherche bien qu'il tente de s'éloigner au maximum de son point de vue, de ses représentations sur le sujet. Il influence toujours d'une certaine manière l'analyse des données. Enfin, une autre limite aux résultats est la barrière de la langue qui a demandé une étape de traduction puis de recontextualisation des données. Ainsi, le sens des phrases et certains résultats ont pu être modifiés, transformés.

Concernant les études 5, 6 et 7, le caractère quantitatif ne permet pas de prendre en compte les croyances personnelles des participants. Celles-ci peuvent avoir une influence primordiale sur la gestion du vécu lié à une fausse couche précoce. Les chercheurs énoncent l'ensemble des limites et biais de leurs études et tentent d'expliquer les résultats en lien à ces données. Il n'y a que pour l'étude 6 où certains pourcentages manquent, tout comme des précisions sur les résultats obtenus.

Dans l'étude 7, il n'y pas de valeur initiale de la détresse psychologique, avant la fausse couche, donnant un point de référence. On peut alors se demander si la détresse psychologique mesurée immédiatement après la fausse couche est bien relative à cet évènement et non pas à une détresse psychologique préexistante, chez les participants. De même, il est mentionné qu' un score bas au DAS (mesure la relation conjugale) constitue un facteur de risque significatif pour un score initial au GHQ-12 élevé ($p=0.03$). Ainsi, on peut se demander si la détresse psychologique mesurée est relative à la fausse couche ou à de mauvaises relations conjugales. Des valeurs initiales au DAS, avant la fausse couche, auraient été nécessaires.

Pour les études 5 et 7, la présentation des résultats est claire, ils sont bien décrits et les références aux tableaux et graphiques sont intégrées. Par ailleurs, les valeurs p sont facilement repérables et l'interprétation des résultats est facilitée. Ces deux études sont rigoureuses dans la présentation et l'exposition de leurs résultats. L'étude 5 est innovante quant au groupe de comparaisons. Elle permet, en amenant la réflexion plus loin, de se rendre compte de l'impact de la variable "fertilité" sur le vécu lors d'une fausse couche. L'étude 6 apporte une vision sur le couple et les besoins des couples dans ce moment de vie. Enfin, l'ensemble de ces trois études amènent des résultats innovants quant au vécu des couples lors d'une fausse couche de premier trimestre et des pistes de réflexion pour la pratique professionnelle.

Analyse des résultats

1. La grossesse, représentations et significations:

Seules les études 1 et 4 parlent des représentations de la grossesse et de l'ensemble des sentiments présents dès le début de la grossesse. L'étude 1 mentionne les émotions mixtes (joie, anxiété, plaisir, angoisse) lors d'un test de grossesse positif, amplifiées lorsque la grossesse est non planifiée. La sensation d'être enceinte est ressentie rapidement et les participantes mentionnent la projection immédiate dans le rôle de mère, la planification du futur, l'anticipation de certaines questions matérielles. Un antécédent de fausse couche fait vivre de l'anxiété lors d'une nouvelle grossesse et réduit le plaisir d'être enceinte. L'étude 4 précise que pour comprendre le degré de difficulté du vécu de la fausse couche, il faut comprendre ce qui accompagne le premier trimestre psychique de la grossesse, c'est à dire l'ensemble des représentations, sentiments. En effet, lorsque la grossesse est planifiée, elle signifie la réalisation d'un rêve. La période suivant son annonce est alors source d'excitation, d'optimisme et de bonheur. Elle est aussi marquée par un sentiment que le projet de grossesse, le rêve d'avoir un enfant a abouti et que les choses évoluent comme il se doit. La première grossesse marque la réalisation d'un projet planifié.

2. Dimension corporelle de la fausse couche précoce:

Cette thématique est abordée par les études 1, 2 et 3. Elles mentionnent les signes de la fausse couche précoce, leur interprétation par les participantes et le vécu physique. Les trois études s'accordent à dire que les signes et sensations qui alertent et font penser à la fausse couche sont les douleurs pelviennes plus ou moins intenses, la diminution des signes de grossesse et des saignements parfois abondants. L'étude 1 précise la capacité des femmes à être au contact de leur corps. Un moindre signe les met en alerte et elles ressentent que quelque chose ne va pas mais ne savent pas quoi. C'est lorsque les saignements arrivent qu'elles pensent immédiatement à une fausse couche. Cette même recherche rajoute la perte du contrôle du corps c'est-à-dire la sensation de ne rien pouvoir faire pour empêcher la fausse couche, la perte d'équilibre corporel et le sentiment de vide intérieur que ressentent les femmes vivant une fausse couche précoce. Enfin, l'étude 2 parle du manque d'informations sur la fausse couche précoce comme un facteur influençant le vécu physique des femmes. Elles se disent pas préparées à un tel évènement.

3. Le vécu des femmes:

a. Immédiatement après la fausse couche:

Les études 1, 2, 4, et 7 mentionnent cette thématique et donnent un aperçu de ce que vivent les femmes immédiatement après la fausse couche précoce. Dans l'étude 1, c'est le choc, le déni, le désespoir, le silence, la peur de perdre le contrôle et le vide qui prédominent dès l'annonce du diagnostic de fausse couche. Certaines femmes n'entendent pas les explications qui leur sont données.

L'étude 2 parle aussi de sentiment de choc, de déni et rajoute un sentiment de manque de préparation à un tel événement. D'ailleurs, chez les femmes dont il s'agissait d'une grossesse voulue, ces réactions de choc et de déni sont plus fortes.

L'étude 4 met en lien l'ensemble des enjeux psychique et physique qui se jouent en début de grossesse (représentations, projections, imaginaire, investissement psychique et matériel) avec l'annonce de la mauvaise nouvelle. L'arrêt de la grossesse est alors un choc et est vécu comme une discordance dans le cours naturel de la vie.

Enfin, dans l'étude 7, 51.8% des femmes (F) présentent une détresse psychologique immédiatement après avoir vécu une fausse couche précoce (détresse évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score >4 à ce questionnaire est considéré comme marqueur de morbidité psychologique). Enfin, 25.3% F présentent des symptômes dépressifs immédiatement après la fausse couche (mesure effectuée à l'aide du BDI, sachant qu'un score >12 est considéré comme marqueur d'un probable trouble dépressif).

b. Evolution du vécu:

Toutes les études abordent cette dimension. En effet, dans l'étude 1, il est dit que les sentiments qui prennent place après le choc sont la douleur, la faiblesse, la dépression, le repli sur soi. Toutefois, il est nuancé que les manières de réagir à cette perte sont différentes selon chaque femme. Autant de manière pour faire face, aussi mises en avant dans l'étude 3 : sentiments de détresse, de tristesse, de culpabilité, parfois de dépression, d'anxiété et vécu d'un deuil. Au cours de l'étude 2, les participantes décrivent des sentiments de tristesse, de haine qui prennent la relève au bout de quelques semaines.

Dans l'étude 4, c'est une fois l'intervention réalisée (pour le traitement de la fausse couche), que les femmes parlent de cauchemars, de peur, de sensation de devenir folle. Les premiers jours après la fausse couche sont décrits comme étant remplis de chagrin, de repli sur soi, de manque d'énergie, de pleurs, du vécu d'un deuil amer. Pour certaines femmes, c'est le sentiment d'être perdue, apeurée, démolie, brisée, d'avoir perdu le contrôle qui prédomine. L'étude 5 précise qu'une semaine après la fausse couche, les deux groupes de femmes (G1 conception naturelle et G2 procréation médicalement assistée) ont une

détresse psychologique significative associée à cet évènement (mesure évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score > 15 est considéré comme marqueur d'une détresse psychologique significative) ainsi qu'une modalité de réponse à la fausse couche correspondant à celle d'un évènement traumatique (mesure évaluée à l'aide de l'IES-R, score moyen de 16 pour le G1 et score moyen de 18 pour le G2, $p=0.494$).

Pour l'étude 6, dans les 3 semaines suivant la fausse couche, 67% des femmes se disent être très tristes et 21% se disent être tristes (mesure évaluée à l'aide d'une échelle en 5 points, cotation des réactions de "très triste" à "soulagée"). Par ailleurs, il est précisé que la fausse couche est un évènement significativement stressant ($p = 0.004$).

Dans l'étude 5, à 4 semaines post fausse couche, le G1 retrouve un niveau de réponse normal et ne montre pas de détresse psychologique (mesure évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score <11 est considéré comme marqueur d'une réponse normale). En revanche, le G2 présente un niveau de détresse psychologique attendu lors d'un tel évènement (mesure évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score = 12 est considéré comme marqueur d'un niveau de réponse typique lors d'une fausse couche). Le G2 a un score significativement plus élevé que le G1 ($p < 0.001$) lors de la mesure de la détresse et de la réponse associée aux traumatismes (mesures évaluées à l'aide du GHQ-12 et de l'IES-R). Ainsi, le traumatisme psychologique de la fausse couche est plus fort pour le G2.

c. A long terme:

Les études 2, 3, 4, 5, 6 et 7 parlent de cette dimension. Dans l'étude 2, à 5 semaines post fausse couche, il est observé une diminution des émotions négatives. Les femmes tentent de comprendre le sens de la fausse couche précoce. La signification est différente pour chacune des participantes : elle peut être vue comme un apprentissage, une expérience qui permet d'apprendre sur soi-même. Pour certaines femmes, se focaliser sur les aspects positifs apporte une maîtrise de l'expérience, une intégration de l'évènement et donc un sentiment positif sur ce qui s'est achevé. La fausse couche permet, pour certaines, de faire le point sur le passé afin d'aller de l'avant, elle peut être vue comme un point clé dans l'histoire de vie. Ainsi cette recherche parle d'un processus émotionnel par lequel les femmes passent, permettant d'intégrer cet évènement à l'histoire de vie. Mais pour certaines femmes, ce processus de résolution et d'intégration est toujours en cours et prend du temps à se faire. Ceci est aussi souligné par l'étude 3, qui mentionne un temps de résolution et de récupération indispensable. Ce temps, variable d'une femme à une autre, permet d'intégrer l'expérience, le vécu et d'avoir un certain recul sur l'évènement.

L'étude 4 aborde la vie des femmes après la fausse couche précoce. Elles doivent faire face au quotidien, avec des plans bouleversés et avec le sentiment que les choses devaient être différentes. Ce retour à la vie de tous les jours peut être dur : manque d'énergie, difficulté de

concentration, incapacité à fonctionner, parfois envie de mourir sont ressentis. Mais c'est surtout l'indifférence de leur vécu, par la société, qui est source de difficulté majeure. Enfin, voir des femmes enceintes n'est pas évident car cela suscite un sentiment de détresse, leur rappelle la perte et les amène à s'isoler socialement. La fausse couche survient rapidement, brutalement mais la douleur liée, le processus de perte sont longs.

Dans l'étude 5, 3 mois après la fausse couche précoce, le G2 des femmes (procréation médicalement assistée) retrouve un niveau de réponse normal (mesure évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score < 11 est considéré comme marqueur d'une réponse normale) avec un score significativement plus élevé ($p < 0.001$) que le G1 de femmes (conception naturelle) à cette même semaine. Il est observé une diminution progressive de l'intensité de la détresse psychologique au fil des semaines dans les 2 groupes (mesures évaluées à l'aide du GHQ-12). Quelles que soient les semaines, le G2 a un niveau de détresse psychologique, en réponse à la fausse couche précoce, significativement plus élevé que le G1 ($p < 0.001$, mesures évaluées à l'aide du GHQ-12 et IES-R). Le G2 a un vécu de l'expérience traumatique, un niveau de stress, d'anxiété et de dépression supérieur au G1. Enfin, le G1 a un temps de résolution et de retour à la normale plus court que le G2.

Dans l'étude 6, 2 à 4 mois après la fausse couche précoce, 39% des femmes se disent toujours être très tristes, 33% se disent être tristes et 28% se disent être tristes mais soulagées. Enfin, la fausse couche est un évènement significatif pour la majorité des femmes (88%) et de leurs partenaires (63%) qui vivent des sentiments de perte 2 à 4 mois après l'évènement.

Dans l'étude 7, 3 mois après la fausse couche précoce, il est observé une baisse significative de la détresse psychologique ($p < 0.001$) et des symptômes dépressifs ($p = 0.006$). 21.1% des femmes (F) présentent une détresse psychologique (détresse évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score >4 à ce questionnaire est considéré comme marqueur de morbidité psychologique) et 12.3% des F présentent des symptômes dépressifs immédiatement après la fausse couche (mesure effectuée à l'aide du BDI, sachant qu'un score >12 est considéré comme marqueur d'un probable trouble dépressif). Cette baisse se poursuit dans les 12 mois après l'évènement. La détresse psychologique concerne 13.5% F à 6 mois post fausse couche et 7.7% F à 12 mois. Les symptômes dépressifs concernent 17.3% F à 6 mois et 10.3% F à 12 mois post fausse couche.

4. La culpabilité:

Cette thématique est présente dans les études 1, 2, 4 et 6. L'étude 1 et 2 insistent sur ce sentiment ressenti par les femmes lors de la fausse couche. En effet, les femmes sont en colère contre elles-mêmes car elles se considèrent comme responsable de la protection de

la grossesse et donc responsables de la fausse couche précoce et du fait que leur corps n'a pas permis de poursuivre la grossesse. Elles voient alors cet évènement comme une conséquence de leurs actes du quotidien, de leur façon de faire et tentent de rechercher des explications, dans leurs conduites, qui justifieraient la fausse couche. Tabac, pensées négatives, mauvaise alimentation, stress, mauvaises conditions psychologiques, fièvre, ambivalence au premier trimestre de grossesse... autant de raisons qu'elles pensent être à l'origine de la fausse couche. La culpabilité est d'autant plus forte qu'aucune cause médicale n'est mise en avant.

L'étude 6 mentionne que 31% des femmes se sentent responsables de la fausse couche et culpabilisent. Les raisons évoquées sont un travail trop difficile ou trop de travail, du sport intensif, le fait d'avoir fait la fête. Dans l'étude 4, les femmes pensent qu'elles ont échoué à créer une nouvelle vie, ont le sentiment que leur corps les a laissé tomber et se perçoivent comme défectueuses.

5. La perte :

Cette thématique est largement abordée dans les études 1, 4 et 6. En effet, dans l'étude 1, la perte de la grossesse signifie la perte d'un enfant attendu ou d'un futur enfant, la perte d'une possible maternité et de se construire dans un rôle de mère, la perte d'une chance de donner un frère/une sœur ou un enfant au conjoint. Ce n'est pas tellement la perte d'un fœtus ou d'un embryon mais d'un enfant pour lequel les femmes se sont préparées. Ainsi, la fausse couche précoce fait vivre la perte des projets pensés et réalisés depuis le test de grossesse, un sentiment de perte physique, d'une partie de son corps et de soi-même. La perte amène à vivre un sentiment de cassure personnelle. Certaines femmes ont réalisé la perte lorsqu'elles ont pris l'embryon, le sang dans leurs mains. D'autres l'ont placé dans une boîte et l'ont enterré dans un endroit secret.

Dans l'étude 4, c'est lorsque la prise en charge chirurgicale est terminée que la perte se concrétise et que les femmes réalisent ce qui leur est arrivé. La perte est difficile à décrire: qui, quoi, du fait du statut de l'embryon, de quelqu'un ou quelque chose qui n'a jamais existé, un embryon invisible. Ainsi, la perte est complexe. Il est difficile de comprendre et de définir ce que ces femmes ont perdu. C'est la perte d'une entité invisible dont la définition, la représentation est différente en fonction des femmes. Mais d'autres pertes sont en jeu. La perte de la première grossesse remet en question l'avenir, la capacité d'avoir un enfant et représente une menace par rapport à ce que les femmes considèrent comme étant un rôle important : être une mère. La perte de la grossesse ébranle la croyance des femmes en lien à leur fertilité et la possibilité de porter un enfant et par conséquent de son rôle de la femme.

Dans l'étude 6, 50% des femmes (F) et 44% des partenaires (P) pensent chaque jour à la fausse couche, tout de suite après et 22% F et 32% P y pensent toujours dans les 2 à 4 mois après. Enfin, 88% F et 63 % P ont des sentiments liés à la perte toujours présents dans les 2 à 4 mois après la fausse couche. Seuls quelques couples reconnaissent qu'un mémorial tel qu'un livre d'or aiderait et faciliterait l'intégration de la perte.

6. Dimension temporelle :

Les études 1, 3 et 4 abordent cette notion de temps sur différents plans. En effet, les études 1 et 3 en parlent quant à la confirmation du diagnostic. Pour l'étude 1, aux urgences, les femmes aimeraient être prise en charge sans avoir à attendre des heures pour la confirmation de leur diagnostic. Ce moment leur fait vivre de l'incertitude car elles ont le temps de réfléchir, de se poser des questions et d'espérer que les sensations ressenties sont fausses, que tout va bien jusqu'à l'échographie.

Les participantes dans l'étude 3 témoignent de l'importance d'une évaluation et confirmation rapide du diagnostic pour un meilleur vécu de leur situation. Il existe aussi deux temporalités. En effet, l'étude 3 oppose le temps parfois long afin d'être enceinte et la rapidité de la survenue de la fausse couche précoce, son caractère soudain et imprévisible. Dans l'étude 4, la fausse couche précoce survient rapidement, brutalement mais la douleur liée, le processus de perte est long et prends du temps. Enfin, ce processus de résolution prends du temps mais l'entourage et parfois le conjoint aimeraient que le retour à la vie normale soit plus rapide.

7. Vécu du conjoint :

Les études 1, 4, 6 et 7 incluent le conjoint dans leurs résultats. Pour l'étude 1, il y a une différence observée entre homme et femme. Elles se retrouvent dans le fait que les conjoints veulent aller de l'avant, passer plus vite à autre chose et ne comprennent pas que leurs partenaires souffrent des jours et semaines suivants. Elles souhaitent en parler quotidiennement alors que le conjoint n'en n'a pas besoin, lui se projette dans la prochaine grossesse pour laquelle il pense et espère que tout ira bien.

L'étude 4 mentionne la variété de réactions: partage de la douleur, soutien ou alors incapacité de compréhension et problème unique de la femme qui ne les concerne pas. Dans l'étude 6, dans les 3 semaines suivant la fausse couche, 53% des partenaires se disent être très tristes et 34% se disent être tristes. 2 à 4 mois après l'évènement, 23 % se disent toujours très tristes et 46% se disent être tristes. Enfin, il existe des différences significatives dans le vécu de la douleur liée à la perte ($p < 0.001$), la difficulté à faire face (p

<0.005) et les sentiments de désespoir ($p < 0.01$) pour lesquelles, le vécu des hommes est plus élevé que celui de leurs femmes.

Concernant l'étude 7, 40% des hommes (H) présentent une détresse psychologique immédiatement après la fausse couche précoce de leur partenaire (détresse évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score > 4 à ce questionnaire est considéré comme marqueur de morbidité psychologique) et 17% H présentent des symptômes dépressifs immédiatement après l'évènement (mesure effectuée à l'aide du BDI, sachant qu'un score > 12 est considéré comme marqueur d'un probable trouble dépressif). 3 mois après la fausse couche, la détresse psychologique et les symptômes dépressifs concernent 7% H. Cette baisse est significative ($p < 0.001$). 12 mois après la fausse couche précoce, la détresse psychologie concerne 5% H et les symptômes dépressifs 7%. Les scores des H au BDI et GHQ-12 sont significativement plus bas que ceux des femmes pour les mêmes questionnaires ($p < 0.001$). L'intensité des symptômes dépressifs, chez les H est corrélée de façon significative à une grossesse planifiée ($p = 0.004$) et des discordes conjugales ($p = 0.04$). Enfin, la différence des réponses psychologiques se traduit par : des H moins affectés, moins déprimés, qui se relèvent plus vite que leurs partenaires et un impact psychologique plus court.

8. Le couple :

Les études 1, 6 et 7 donnent quelques précisions sur cette dimension. Dans l'étude 1, les différences de réactions entre les partenaires, exposées auparavant, peuvent être à l'origine de conflits de couple, de mésentente et parfois de séparation du couple.

L'étude 6 mentionne que 75% des partenaires (P) disent que les réactions de leurs femmes (F) affectent les leurs. 95% F disent avoir eu reçu le soutien de leurs P, 69% F ont reçu un support émotionnel et pratique de la part des P et 36% des F souhaitent davantage de l'aide de leur P. 94% F et 94% P ont pu parler entre eux de l'évènement. Pour 59% F et 41% P, la discussion était très facile. 2 à 4 mois après la fausse couche, 72% F et 69% P parlent toujours de cet évènement. 72% F et 69% P disent que la survenue de la fausse couche précoce n'a pas d'impact dans le couple. Pour 11% F et 17% P, leur relation de couple est devenue plus positive.

Dans l'étude 7, les différences de réactions psychologiques entre hommes et femmes est observée encore 12 mois après la fausse couche précoce. Par ailleurs, il existe une corrélation positive significative entre les réactions psychologiques du couple, concernant la détresse psychologique et les symptômes dépressifs immédiatement après la fausse couche ($p = 0.02$ au GHQ-12, $p = 0.002$ au BDI), 6 mois après ($p = 0.004$ au GHQ-12, $p = 0.08$ au BDI) et 12 mois post fausse couche ($p = 0.01$ au GHQ-12, $p < 0.001$ au BDI). En revanche, à 3 mois

post fausse couche, le niveau détresse psychologique et les symptômes dépressifs du couple évoluent indépendamment.

9. Les besoins du couple :

Cette thématique est mentionnée dans les études 1, 3, 4 et 6. En effet, l'étude 1 parle du besoin des femmes dans la confirmation de leurs sensations et sentiments. Elles ont besoin de comprendre, de reprendre le contrôle, de trouver une raison. Elles souhaitent être prises au sérieux et ont besoin de la reconnaissance des autres et non pas d'une banalisation de leur vécu. Les femmes demandent à être traitées professionnellement, humainement et avec sympathie. Elles ont besoin de parler avec d'autres femmes qui ont eu la même expérience afin de ne pas se sentir seules ou avec des amis proches.

Les études 1, 3 et 4 s'accordent à dire qu'elles ont besoin de discuter avec un professionnel compétent, qui les comprend et répond à leur question et que celui-ci soit capable de compréhension, de sensibilité et d'empathie. L'étude 3 précise le besoin de considérer différents types de réponses et de vécus lors d'une fausse couche précoce afin de ne pas catégoriser et stéréotyper les couples. A cela, l'étude 4 rajoute le besoin de les laisser vivre leur deuil, de laisser la place à chaque expérience et vécu de façon individuelle. Enfin, cette étude parle du besoin du soutien des professionnels après l'évènement lorsque l'entourage ne peut répondre adéquatement aux besoins.

L'étude 6 complète les données en montrant que seuls 33% des femmes et 18% des partenaires se sont vus demander comment ils faisaient face à l'évènement par les professionnels. 70% des femmes et 46% des partenaires à qui la question n'a pas été posée, auraient aimé que ce soit le cas. Enfin, les P ont besoin de reconnaissance et de validation de leur vécu émotionnel.

10. Les stratégies de coping :

Plusieurs moyens sont mis en place par les femmes qui vivent une fausse couche précoce afin de faire face à l'évènement et l'intégrer dans leur histoire de vie. En effet, l'étude 2 parle de trois stratégies qui sont la comparaison sociale, le partage de l'expérience et la recherche de la cause. Comparer les expériences de fausses couches précoces avec d'autres situations plus dramatiques permet aux femmes de se sentir chanceuses et de relativiser leurs expériences et d'avoir un meilleur vécu de leur évènement. Le partage de l'expérience avec les autres (conjoint, famille, amis, personne qui a vécu la même situation) est bénéfique pour les participantes car il leur permet de trouver le soutien, les ressources dont elles ont besoin. Mais s'il n'est pas adéquat, isolement et solitude sont ressentis. Par ailleurs, se centrer sur les besoins des autres, s'occuper des autres est une stratégie mise en place par

les femmes afin s'éloigner et de se couper de leurs affects. Enfin, la recherche de la cause de la fausse couche fait partie du processus d'ajustement. Cela leur permet de comprendre et de mettre en mots ce qui leur est arrivé et de tenter d'intégrer l'évènement à leur histoire de vie.

L'étude 3 aborde seulement une prise en charge adéquate des professionnels comme moyens pour faire face à la fausse couche (empathie, considération de leur vécu).

Dans l'étude 4, c'est un ensemble de personnes (partenaire, famille, amis) qui est identifié comme soutien. L'étude met un accent particulier sur les propres mères des participantes qui sont considérées comme une ressource principale. Le plus important est la longue durée du soutien. De plus, les femmes identifient une source principale essentielle de soutien : le groupe de femmes qui ont vécu les mêmes choses. La présence d'un réseau de professionnels est aussi aidant.

Enfin, l'étude 6 quantifie le support social. Les résultats sont que 83% des femmes (F) et 73% des partenaires (P) disent que le support de parents est très aidant et 86% F et 71% P mentionnent le support des amis comme très aidant. Enfin, 41% F et 19% P disent parler de la fausse couche précoce aux autres.

11. L'entourage:

Les études 1, 2 et 4 abordent la dimension du vécu de l'entourage lors d'une fausse couche précoce. En effet, dans l'étude 1, elle est perçue par les femmes comme une cassure personnelle. Il est alors parfois dur d'annoncer aux autres ce que le couple traverse lors de l'évènement de la fausse couche précoce. D'ailleurs, les couples qui ont espéré pendant de longs mois la grossesse ne le disent pas. Enfin, au vu du vécu d'un tel évènement, il est difficile aussi, pour les femmes, d'annoncer aux collègues de travail les raisons d'un arrêt et des absences.

L'étude 2 précise que le facteur répétition de la fausse couche est important car il place l'entourage dans une certaine gêne et ne sait comment réagir à cette répétition, ne sait de quelle manière apporter son soutien.

Pour l'étude 4, la réponse de l'entourage au vécu des femmes est variable : tentative de compréhension, pitié excessive, excès de protection qui peut provoquer de la colère chez les femmes. Le plus important est le soutien dans la durée, ce qui contraste avec le point de vue de l'entourage, qui s'attend souvent à ce qu'elles rebondissent rapidement et retournent à une vie normale.

12. Représentations des professionnel(le)s et perceptions :

Seule l'étude 3 apporte le point de vue des professionnel(le)s quant à ce que peuvent vivre les femmes lors d'une fausse couche. Ils parlent d'un évènement négatif, mentionnent que les réactions peuvent être imprévisibles, variées et qu'il est important de ne pas généraliser le vécu. Certains reconnaissent l'impact émotionnel de la fausse couche mais tous ne sont pas d'accord pour parler de deuil. Enfin, il leur est difficile d'avoir des soins continus quotidiennement et de prendre en compte les besoins émotionnels des femmes du fait de la réalité chargée de la pratique quotidienne.

Le point de vue des femmes, sur la prise en charge des professionnel(le)s et leurs perceptions de la situation, est relaté par les études 1, 3 et 6. Dans l'étude 1, les femmes mentionnent le fait que les professionnels ne comprennent pas forcément leurs émotions. Elles ne veulent pas entendre, de leur part, des phrases du type "ce n'est pas grave, ce n'est qu'une fausse couche".

Dans l'étude 3, elles se sentent mises de côté, négligées, pas considérées comme prioritaires par rapport à d'autres situations, ce qui leur fait vivre un sentiment de solitude.

L'étude 6 montre que seuls 33% des femmes et 18% des partenaires se sont vus demander comment ils faisaient face à l'évènement par les professionnel(le)s. 70% des femmes et 46% des partenaires disent qu'il ne leur a pas été demandé comment ils faisaient face. Ils auraient aimé que ce soit le cas. Enfin, le soutien des professionnel(le)s est perçu comme non optimal par les couples.

13. Facteurs influençant le vécu de la fausse couche précoce :

Les études 2, 3, 4, 5 et 7 abordent l'ensemble des facteurs qui influencent le vécu d'une fausse couche précoce. Dans l'étude 2, se sont les facteurs d'antécédents de fausses couches et de grossesse voulue ou non qui sont mis en avant. La répétition de la fausse couche et une grossesse voulue amènent un mauvais vécu de l'évènement. Pour une grossesse non voulue, la fausse couche est vue comme une "chance". Par ailleurs, cette étude parle du manque d'informations sur la fausse couche précoce comme un facteur influençant le vécu. De plus, la relativisation de l'expérience est à mettre en lien avec la parité. Si des enfants sont présents dans le foyer, le vécu est meilleur. Enfin, la recherche de la cause impacte le ressenti des femmes. Si aucune raison médicale n'est retrouvée, aucune explication n'est possible, alors cela rend difficile la compréhension de la perte de la grossesse et d'autant plus chez celles qui ont déjà un antécédent de fausse couche précoce et inversement (l'étude 3 le mentionne aussi).

L'étude 5 apporte des précisions car seul le facteur antécédent de fausse couche est significatif dans la prédiction de détresse psychologique ($p= 0.021$). L'âge maternel, le statut

marital, la planification ou non de la grossesse, le type de traitement ne sont pas des facteurs prédictifs quant à une possible détresse psychologique liée à la fausse couche.

L'étude 3 précise que le contexte de prise en charge lors de l'admission à l'hôpital, l'échographie de confirmation qui marque la fin de la grossesse ainsi que les traitements de la fausse couche sont des facteurs influençant le vécu de la fausse couche. Enfin, la prise en charge des professionnel(le)s influence la manière dont les femmes vont faire face à l'évènement. Ceci est contredit par l'étude 5 qui rapporte que les facteurs tels que l'âge maternel, le statut marital, la planification ou non de la grossesse, le traitement médical ou chirurgical ne sont pas prédictifs quant à la détresse psychologique.

Pour l'étude 4, le facteur prédominant et essentiel dont il faut tenir compte pour considérer le vécu d'une fausse couche précoce est le contexte social et culturel dans lequel évolue le couple. Tenir compte de l'environnement socioculturel dans lequel évoluent les femmes permet de comprendre leur vécu en lien avec une fausse couche précoce et la signification, le sens qu'elles attribuent à un tel évènement.

Enfin, l'étude 7 précise que la grossesse planifiée ($p=0.004$), des discordes conjugales ($p=0.04$) et le fait de voir le fœtus par échographie ($p=0.02$) sont des facteurs qui accentuent la détresse psychologique.

14. La grossesse d'après :

Les études 1, 2 et 6 traitent de cette thématique. L'étude 1 parle de l'anxiété, l'angoisse, la peur de l'incertain pour une nouvelle grossesse. Ces sentiments sont liés à la perte précédente.

L'étude 2 précise que le vécu et la relativisation de l'expérience est à mettre en lien avec la parité. La participante a moins peur pour une grossesse future s'il y a déjà des enfants dans le foyer.

Enfin, dans l'étude 6, après une fausse couche précoce, 50% des femmes (F) et 87% des partenaires (P) sont contents d'une prochaine grossesse. 50% F et 13% P ont des sentiments mitigés en vue d'une prochaine grossesse se traduisant par de la peur d'une autre fausse couche, de l'angoisse. 59% F et 29% P agiront de façon différente durant la 2ème grossesse (ne pas s'attacher si vite, prendre plus soin de soi, ne pas investir matériellement pour le bébé avant 4 mois). Enfin, 77% F et 69% P s'attendent à des difficultés lors de la grossesse suivante (vécu d'une nouvelle fausse couche, angoisse, stress).

15. Implication pour la pratique professionnelle :

Les études 3, 4, 5, 6 et 7 abordent cette thématique. Dans l'étude 3, les professionnel(le)s disent qu'il est essentiel de mettre l'accent sur la préparation des femmes à la mauvaise nouvelle et sur le soutien après l'annonce, qu'il ne faut pas oublier de prendre en compte le sens d'une fausse couche pour les femmes. Ainsi, il est recommandé d'exprimer sa préoccupation, de montrer une sensibilité émotionnelle. Les professionnel(le)s doivent être capable de donner des informations, de créer le contact et de rassurer. Il est aussi important de mettre en place un suivi : entretiens avec des professionnel(le)s, groupes de soutien... L'ensemble de ces recommandations sont soutenues par l'étude 4, qui inclue un soutien émotionnel du soignant, de l'aide concrète et un support informatif.

L'étude 5 parle d'une fenêtre potentielle à 4 semaines pour offrir une intervention thérapeutique, au moment où le G2 de femmes (procréation médicalement assistée) présente un niveau de détresse psychologique attendu lors d'un tel événement (mesure évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score =12 signifie un niveau typique de réponse lors d'une fausse couche). Le niveau de détresse pour ce groupe à 4 semaines est significativement plus élevé que le G1 (conception naturelle) ($p < 0.001$). Le G2 vit un traumatisme psychologique plus fort que le G1. Cette période peut créer une opportunité pour les professionnel(le)s d'inviter les femmes à discuter sur les besoins d'une aide. De plus, le niveau significatif de détresse dans le G2 ($p < 0.001$) suggère qu'une évaluation de la dépression et du bien-être psychologique chez ces femmes est essentielle et cela durant une entrevue après la fausse couche. Enfin, cette recherche rapporte qu'il devrait être rappelé aux professionnel(le)s l'impact négatif de la fausse couche sur le bien-être psychologique. Il est suggéré d'incorporer une évaluation psychologique dans le rendez-vous médical usuel post fausse couche. Enfin, une identification précoce d'une détresse psychologique et une prise en charge appropriée peut aider à réduire au long terme les conséquences et améliorer le bien-être psychologique des femmes.

Dans l'étude 5, il est mentionné que les partenaires ont besoin de reconnaissance et de validation de leur vécu émotionnel. Il est ainsi important de ne pas oublier le vécu des hommes lors d'une fausse couche précoce, dans la pratique professionnelle.

L'étude 7 mentionne que l'impact psychologique maximum d'une fausse couche précoce intervient dans les 3 premiers mois suivant l'évènement. Au delà de ce temps, une baisse significative de la détresse psychologique ($p < 0.001$) et des symptômes dépressifs ($p = 0.006$) chez les femmes est observée. Une intervention serait idéale durant cette période.

Discussion

1. La grossesse, représentations et significations

L'analyse des résultats fait ressortir l'ambivalence des sentiments en début de grossesse c'est à dire de la joie, de l'anxiété, du plaisir et de l'angoisse. Mais un antécédent de fausse couche fait vivre de l'anxiété lors d'une nouvelle grossesse et réduit le plaisir d'être enceinte. Les femmes se projettent immédiatement dès l'annonce de la grossesse, dans leur rôle de mère et se construisent un imaginaire et des représentations du futur enfant.

Ces données se confirment dans l'étude qualitative, (n=6 femmes et n=6 hommes) d'Abboud & Liamputtong (2008). L'annonce et la confirmation de la grossesse suscitent des réactions de choc, de surprise, de joie et d'anxiété, sentiment amplifié avec un antécédent de fausse couche. D'ailleurs, les femmes qui ont déjà vécu une fausse couche précoce ont du mal à révéler à leur entourage leur grossesse avant d'avoir dépasser 12 semaines de grossesse, de peur qu'une nouvelle fausse couche survienne. Dans son article, Spiess (2002) confirme que le vacillement de la femme enceinte est normal en début de grossesse. Le premier trimestre marque le passage du souhait de grossesse à sa réalisation concrète. Ainsi, cela amène à vivre, chez les femmes, une variété de réactions qui sont subjectives et s'étaient sur l'histoire individuelle de chaque femme, de chaque couple. Ceci est soutenu par l'article de Mirlesse (2007). Selon la période de vie d'une femme, son environnement, l'histoire de son couple, la grossesse peut être vécue come un drame, une joie, un désastre, un grand bouleversement.

2. Dimension corporelle de la fausse couche précoce:

L'analyse des résultats montre qu'il existe des sensations corporelles évocatrices d'une fausse couche précoce pour les femmes. Ces trois signes principaux sont les saignements, les douleurs pelviennes et la diminution des signes de grossesse. La fausse couche précoce fait vivre une sensation de perte de contrôle corporel, de non maîtrise de celui-ci. Rien ne peut empêcher la fausse couche de survenir. Enfin, un manque d'informations amène à un vécu physique plus difficile. L'étude qualitative de Frost, Bradley, Levitas, Smith & Garcia (2007) apporte une autre dimension sur le rapport à leur corps des femmes (n=79). En effet, le fait d'avoir porté la mort dans leur corps est source d'anxiété, d'angoisse pour les femmes ayant vécu une fausse couche précoce. Il y a une volonté de leur part de s'en débarrasser au plus vite. Selon l'étude qualitative (n=24) de Limbo, Glasser & Sundaram (2014), ce n'est pas forcément la présence de signes corporels qui amènent les femmes à penser à la fausse

couche précoce. Pour les femmes qui en ont déjà vécu, c'est plutôt leur intuition qui va les alerter et les rendre attentive à d'éventuels signes de fausse couche. Dans l'étude qualitative (n=31) de Séjourné, Callahan & Chabrol (2009), le vécu physique de la fausse couche est abordé du point de vue de la douleur. Celle-ci n'est pas ressentie par toutes les femmes lors d'une fausse couche précoce, mais lorsqu'elle est présente, elle est très mal vécue et est perçue comme inutile car il n'y a pas d'aboutissement après les contractions comme il y a lors d'un accouchement. Les auteurs évoquent aussi le vécu difficile entre le moment du diagnostic et l'attente pour l'intervention, moment où les femmes portent en elles un embryon mort. Ce rapport à la mort provoque du dégoût chez les femmes, des sentiments de haine. La revue de littérature aborde largement cette dimension corporelle et l'ensemble des résultats concordent.

3. Le vécu des femmes :

Le vécu des femmes, dans une situation de fausse couche précoce, semble être celui d'un deuil. En effet, les données précisent qu'immédiatement après la fausse couche précoce, les réactions qui prédominent sont le choc, le déni et le silence. Certains couples présentent une détresse psychologique ainsi que des symptômes dépressifs liés à cet événement. Puis, ce sont la douleur, la dépression, l'anxiété, la tristesse, le sentiment de vivre un deuil et la culpabilité qui prennent le relais. Une semaine après l'évènement, la détresse psychologique est significative pour deux groupes de femmes (conception naturelle ou procréation médicalement assistée) et leur modalité de réponse à la fausse couche correspond à celle d'un événement traumatique. Mais petit à petit, il est observé une baisse des émotions négatives, qui semblent être transitoire. En effet, dans une étude, les femmes ayant conçu naturellement ont un niveau de réponse normal quatre semaines après la fausse couche. Pour une autre étude, c'est plutôt à trois mois que la baisse de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs est significative. Ce moment correspond aussi au niveau de réponse normal des femmes ayant eu recours à une procréation médicalement assistée, qui vivent un traumatisme psychologique plus fort que les femmes ayant conçu naturellement. Un an après la fausse couche précoce, la détresse psychologique et les symptômes dépressifs se mesurent chez quelques couples. Mais ce retour à la normale ne suit pas forcément cette échelle de temps car le processus émotionnel d'intégration de la perte peut être long. Il dépend de l'investissement de la grossesse, par le couple, de l'ensemble des représentations liées à la grossesse et donc de la signification et le sens donné à sa perte. Ceci se confirme dans la revue de littérature de Stratton et Lloyd (2008). En effet, il existe une grande variabilité de réponses à l'évènement. Les auteurs parlent de choc et déni en

réaction immédiate à la perte et de dépression, d'anxiété, de sentiment de vide, de basse estime de soi, de haine comme réponse typique à la perte précoce de la grossesse, quelques jours après. Dans l'étude quantitative (n=109) d'Evans, Llyod, Considine & Hancock (2002), 72% expriment des sentiments de tristesse, 55% un sentiment de perte et 50% de la peine, du chagrin dans le mois suivant la perte spontanée de la grossesse. 44% des femmes sont probablement dépressives (mesure évaluée à l'aide de l'EDS, Edinburgh Depression Scale, sachant qu'un score > 12 est marqueur d'une probable dépression), 58% ont une détresse psychologique significative associée à la fausse couche précoce (mesure évaluée à l'aide du GHQ-12, sachant qu'un score > 4 est marqueur d'une détresse psychologique significative).

A travers l'étude qualitative (n=31) de Séjourné, Callahan & Chabrol (2009) un aperçu sur l'ensemble du vécu des femmes est donné. Les auteurs confirment les réactions de choc, de déni, parfois de stupeur, de dissociation lors de l'annonce du diagnostic de fausse couche. Puis, dans les jours qui suivent, se sont la tristesse, le chagrin, les pleurs, la colère qui apparaissent. Bien que les femmes aient un bon vécu de cet événement, cela n'en fait pas pour autant une banalité. En effet, les auteurs parlent de processus de deuil, qu'amène à vivre une fausse couche précoce. Différentes phases émotionnelles sont à traverser avant de pouvoir intégrer la perte. Par ailleurs, l'intensité du vécu est corrélé à ce que la perte évoque de l'histoire de chacun, quant à des deuils passés, d'autres pertes ou un passé médical chargé.

4. La culpabilité:

Les résultats font ressortir la dimension de la culpabilité qu'amène à vivre la fausse couche précoce, pour la plupart des femmes. Rappelons que cette culpabilité est présente dans le processus du deuil périnatal, qui en fait un deuil singulier. Ce sentiment prend naissance dans le fait qu'elles se sentent responsables de la perte de la grossesse, qu'elles ont échoué à la faire parvenir à terme. Les femmes tentent de comprendre cet événement au travers de l'analyse de leurs comportements du quotidien. La culpabilité est d'autant plus forte qu'aucune cause médicale n'est mise en avant. Ces résultats sont aussi confirmés par la revue de littérature Stratton & Llyod (2008). La fausse couche précoce est associée à un haut niveau de responsabilité personnelle des femmes et de culpabilité. Questionnements, recherche de la cause, remise en question de leurs attitudes, autant de réponses que les femmes souhaitent lors d'un tel événement. Dans leur étude qualitative (n=31), Séjourné, Callahan & Chabrol (2008) montrent que 32.2% des femmes s'interrogent sur les raisons de la fausse couche au travers de leurs comportements. Consommation de substances, de médicaments, le fait d'avoir pensé à la possibilité d'une fausse couche, environnement

néfaste (portable), fatigue, prise longue de pilule, transports, longs trajets, voyages, le poids du passé, l'histoire personnelle...autant de causes évoquées. La culpabilité s'exprime de différentes manières : soit de manière explicite et directe, au travers de questionnements tels que "qu'est-ce que j'ai fait de mal?" soit de manière implicite au travers de formulations telles que "je n'ai rien à me reprocher, j'ai pris toutes les précautions...". Mais il est important, selon les auteurs, de comprendre les enjeux de cette culpabilité. Ce qu'elle cache, c'est le sentiment d'échec, le sentiment de responsabilité d'un tel évènement, le sentiment d'incapacité que ressentent les femmes. Enfin, les auteurs confirment que l'absence de cause entraîne un vécu de la situation plus difficile et d'autant plus s'il y a un antécédent de fausse couche précoce.

5. La perte :

L'analyse des données montre que la fausse couche précoce ne signifie pas seulement la perte de la grossesse mais bien plus. En effet il peut s'agir de la perte d'un enfant, de la perte de projets, de rêves ou d'une possible maternité. Cette perte entraîne une cassure personnelle, une remise en question de la fertilité, de la capacité à être mère et avoir un enfant. Mais cette perte est parfois difficile à décrire et son sens à faire comprendre, du fait du statut de l'embryon, qu'il n'a jamais existé et que sa représentation est différente pour chacun. La perte est complexe et son sens est individuel ce que confirme la revue de littérature de Stratton & Lloyd (2008). La perte a, d'une part, un sens individuel concernant l'homme, la femme et d'autre part, un sens commun, les concernant en tant que couple. Cela peut être la perte d'une partie de soi, avant même que le fœtus ait une identité pleinement reconnue. Cette perte est invisible, du fait du statut du fœtus. Ce qui accentue cette invisibilité est l'absence de rituels, de rites dont parlent Frost, Bradley, Levitas, Smith & Garcia (2007) dans leur étude qualitative (n=79). Ils rajoutent que la fausse couche précoce est une perte cachée, qui reste un tabou et que la majorité des femmes ne savent pas qu'elle touche autant de monde. Ce silence lié à cet évènement, l'ambiguïté du statut du fœtus, le sentiment de culpabilité des femmes et le manque de commémoration, de rituels participent à la reconnaissance difficile de la perte et peuvent altérer le processus de résolution. La fausse couche précoce est la perte d'une vie potentielle, perte dont le moment de survenue n'est pas toujours clair. Mais la signification est différente pour chacun. Cela est autant la perte d'un bébé, que d'une partie de la famille, que de rêves, de l'identité et de l'intégrité corporelle. Ainsi, la perte a aussi un sens culturel en lien aux représentations quant à la féminité, la maternité, la grossesse. La fausse couche précoce peut alors être dévastatrice pour certaines femmes.

6. Dimension temporelle :

Les résultats mettent en avant des temporalités opposées: entre la longue attente aux urgences pour la confirmation du diagnostic et le besoin rapide, des femmes, de cette confirmation ; entre parfois la longue attente d'une grossesse et la rapidité de survenue de la fausse couche et le long processus émotionnel après la fausse couche et un entourage encourageant les femmes à oublier. Dans l'étude quantitative (n=109) d'Evans, Llyod, Considine & Hancock (2002), 20% des femmes mentionnent l'attente à l'hôpital pour la confirmation du diagnostic comme un aspect particulièrement traumatisant. L'étude qualitative (n=23) de Limbo, Glasser & Sundaram (2014) confirme cette dimension temporelle. En effet, le premier besoin des femmes est celui de la confirmation de leurs sensations, intuitions relatives à une éventuelle fausse couche précoce. Cette confirmation est très importante et doit se faire rapidement. D'ailleurs, les auteurs adressent ces résultats aux professionnel(le)s qui prennent en charge ces femmes dans le but d'améliorer leur pratique professionnelle et ainsi la santé mentale des femmes vivant une fausse couche précoce.

7. Vécu du conjoint :

L'analyse des données souligne que certains hommes vivent aussi des sentiments liés à la perte de la grossesse de leur conjointe, parfois allant jusqu'à vivre une détresse psychologique. Mais globalement, au travers des résultats, les hommes sont toutefois moins affectés que les femmes, veulent passer plus vite à autre chose, ont donc un temps de résolution et d'intégration de la perte plus rapide que les femmes et l'impact psychologique est plus court. Pour Murphy (1998), il existe aussi, dans un premier temps, chez les hommes, des réactions de choc, de déni, d'incompréhension lors de l'annonce de la fausse couche (n=5). Dans un deuxième temps, ce sont la colère, la frustration, l'anxiété, la culpabilité qui prennent le dessus. D'après l'auteur, le vécu des hommes peut être similaire au vécu dans une situation de deuil. La fausse couche précoce peut signifier la perte d'espoirs futurs, la perte d'une possible parentalité et la possibilité d'avoir une famille. Mais la différence de réaction homme/femme est reconnue et l'auteur l'explique par le fait que les hommes doivent être forts pour soutenir leur partenaire. Il n'y a donc peu ou pas de place pour partager leur ressenti, celui-ci est mis de côté et cela laisse le sentiment que leur vécu est moins fort que les femmes. Mais cela ne veut pas pour autant dire qu'ils ne ressentent rien. Ces données se confirment dans l'étude qualitative, (n=6 femmes et n=6 hommes) d'Abboud & Liamputtong (2008). Les hommes considèrent que leur rôle est de soutenir leur femme et de les aider à faire face au vécu physique et émotionnel parfois difficile. Pour cela, ils ne peuvent que mettre de côté leurs émotions. L'étude qualitative (n=31) de Séjourné et

al. (2009) aborde la dimension du vécu du conjoint, mais du point de vue des femmes, qui reconnaissent que leur conjoints peut aussi avoir un vécu douloureux suite à la perte de la grossesse. Toutefois, le vécu des partenaires est à considérer en lien avec leur histoire personnelle, l'histoire du couple et l'investissement de la grossesse. Ces facteurs peuvent expliquer les différences de résultats retrouvés à travers l'analyse des études 6 et 7.

8. Le couple :

Les résultats précisent que les différences de réactions en lien à la fausse couche, entre hommes et femmes, peuvent plus ou moins avoir un impact sur le couple. Par ailleurs, il existerait une corrélation positive entre les réactions du couple, signifiant une influence mutuelle du ressenti entre les partenaires. L'étude qualitative (n=31) de Séjourné et al. (2009) soulignent ces distinctions au sein du couple. En effet, les conjoints sont plus dans l'action, le faire, le concret et moins dans l'expression des émotions. Certaines de leurs réactions peuvent entraîner des discordes dans le couple. Par ailleurs, les conjoints sont aussi la cible de leurs femmes pour décharger leur culpabilité et des sentiments agressifs. Cela permet aux femmes de se vider de leur vécu. L'étude quantitative (n=242) de Swanson (2003) décrit la perception des femmes quant à un éventuel impact de la fausse couche sur les relations avec leur conjoint et les relations sexuelles. Concernant les relations avec le conjoint, une semaine après la fausse couche, 59 % des femmes voient un rapprochement dans la relation avec leur conjoint, 5% disent que les relations sont comme avant la fausse couche et 36% parlent de distance dans la relation. Le sentiment de distance diminue pour être perçu par 32% des femmes un an après la fausse couche. De même, un an après, 44% des femmes ont l'impression que les relations avec leur conjoint sont comme avant la fausse couche. Concernant les relations sexuelles, 20% perçoivent un rapprochement, 15% disent que les relations sexuelles n'ont pas changé et 65% mentionnent plus de distance dans les relations sexuelles. Ce sentiment de distance diminue un an après, perçu par 39% des femmes. de même, les relations sexuelles sont ressenties comme avant un an après la fausse couche par 55% des femmes.

9. Les besoins du couple :

L'analyse des résultats met en avant les besoins du couple leur permettant d'avoir un meilleur vécu lié à la fausse couche précoce. C'est autant la reconnaissance de ce vécu lié à la perte que l'ensemble des réponses possibles, qu'une validation du vécu des hommes,

qu'une qualité relationnelle de la part des professionnel(le)s qui sont énumérés par les couples.

Dans l'étude quantitative (n=109) d'Evans, Llyod, Considine & Hancock (2002), 43% des femmes ont trouvé que le niveau d'information et la considération du vécu de leur partenaire était faible, 38% n'ont pas vraiment eu l'occasion de pouvoir exprimer leur ressenti émotionnel. D'ailleurs, l'étude qualitative interrogeant des hommes (n=5), de Murphy (1998) mentionne que les hommes, dont la partenaire vit une fausse couche précoce, ont besoin de reconnaissance de leur vécu de la part des professionnels. Dans l'étude qualitative (n=172) de Simmons et al. (2006), les femmes ont besoin d'informations sur les raisons et les causes de la fausse couche. En effet, la recherche de la cause est un moyen de faire face à l'évènement. Attribuer un sens diminue le sentiment de culpabilité et de responsabilité que les femmes se donnent, quant à la perte de la grossesse. Dans la recherche qualitative (n=23) de Limbo, Glasser & Sundaram (2014), le premier besoin des femmes lorsque les signes de fausse couche précoce apparaissent, c'est d'être sûres du diagnostic et de la confirmation de l'évènement.

10. Les stratégies de coping :

Les données montrent les ressources essentielles identifiées par les femmes, les aidant à faire face à la fausse couche précoce. Ce soutien est apporté par le conjoint, la famille, des amis ou un groupe de femmes ayant vécu la même expérience. Des moyens comme la comparaison sociale, la recherche de cause de la fausse couche et le partage de l'expérience sont aidants, tout comme une équipe de professionnel(le)s soutenante et adéquate. Mais le plus important est le soutien dans la durée. L'étude qualitative (n=9) de Jean Rowlands & Lee (2010) confirme ces résultats quant à l'importance, pour les femmes, d'un soutien personnel du conjoint et social de la part de la famille et des amis. Ce soutien joue un rôle essentiel car il aide les femmes dans leur processus de résolution et d'intégration de la perte. Il est donc important pour la santé mentale des femmes. L'étude qualitative (n=31) de Séjourné et al. (2009) mentionne la prise de distance avec leur expérience, le fait de relativiser l'expérience avec celle des autres, la volonté d'aller de l'avant, d'aller bien, le fait d'oublier, de moins penser à la fausse couche, la nécessité de s'exprimer, la décharge émotionnelle sous forme de pleurs comme moyens mis en place par les femmes, pour faire face à une situation de fausse couche précoce. L'étude quantitative (n=305) de Séjourné, Callahan & Chabrol (2010), précise encore les données. En effet, 93% des femmes utilisent la recherche d'informations comme moyen de faire face à la perte (d'autant plus les femmes qui ont vécu plusieurs fausses couches, $p=0.03$), 64% parlent avec des femmes ayant vécu la même chose, 76% lisent des ouvrages sur la fausse couche,

75% essaient de se changer les idées, de se distraire et de ne pas y penser, 70% parlent avec leur entourage. 15% des femmes évoquent leur expérience avec un psychologue.

11.L'entourage:

L'analyse des données souligne que la fausse couche touche aussi l'entourage des couples la vivant. Les réactions à cet évènement sont variables. Mais il n'est pas toujours évident, pour les couples, d'annoncer la perte de la grossesse car la reconnaissance de leur vécu n'est pas toujours présente. En effet, à travers l'étude qualitative (n=9) de Jean Rowlands & Lee (2010), l'entourage manque parfois de connaissances quant à la fausse couche précoce et de reconnaissance d'un vécu difficile, ce qui peut interférer le soutien et l'aide aux femmes ayant vécu cet évènement. Pour les femmes, la validation de leur vécu par leur entourage est essentielle et joue un rôle important dans le processus de résolution et d'intégration de la perte ce que reconnaît aussi l'étude qualitative (n=31) de Séjourné et al. (2009). L'entourage n'est pas toujours informé de la perte de la grossesse d'autant plus si elle survient très tôt. Mais lorsqu'il est au courant, les femmes éprouvent souvent des difficultés face à leurs réactions, la plupart du temps maladroites. La présence de femmes enceintes, la venue d'autres bébés sont des moments pas faciles à vivre pour certaines femmes car cela leur rappelle la perte de leur grossesse et l'ensemble du sens que les femmes y attribuent.

12.Représentations des professionnel(le)s et perceptions :

Les résultats précisent que rares sont les professionnel(le)s qui considèrent que la fausse couche précoce peut amener un vécu douloureux et rares sont ceux qui voient le processus émotionnel lié à la perte comme un deuil. Il y a souvent une banalisation, une non reconnaissance du vécu du couple. Ces résultats sont appuyés par la revue de littérature de Stratton & Lloyd (2008), qui rapportent que le mécontentement des femmes est lié au fait que les professionnel(le)s considèrent la fausse couche précoce comme un évènement mineur, qu'ils ne donnent pas d'informations adéquates (médicales et relatives au soutien psychologique), qu'ils considèrent la prise en charge comme quotidienne, routinière, qu'ils font des remarques telles que "vous aurez un autre bébé" et que le soutien émotionnel n'est pas toujours adéquat. Ces mêmes résultats sont aussi retrouvés dans la revue de littérature de Geller, Psaros & Kornfield (2010). En revanche, ces auteurs nuancent en rajoutant que toutes les études ne montrent pas le mécontentement des femmes. La satisfaction des femmes quant à leur prise en charge repose sur la sensibilité des professionnel(le)s quant au vécu des femmes et l'offre d'un soutien dans la durée. De même, l'étude quantitative (n=109) d'Evans, Llyod, Considine & Hancock (2002) précise que 75% des femmes sont

satisfaites de la prise en charge de l'équipe médicale. Pour le reste, il faudrait plus de considération de la part de l'équipe médicale (39% des femmes), moins d'attente pour le traitement (23%), plus de considération du vécu du conjoint (7%). Sur les 43 professionnel(le)s interrogés dans cette étude, 74% pensent qu'il faut donner plus d'informations, de conseils aux femmes, 40% demandent plus de professionnel(le)s dans l'équipe, 26% parlent de plus de considération de leur part, quant au vécu des femmes. 63% des professionnel(le)s pensent que la fausse couche précoce entraîne des conséquences psychologiques. 72% des professionnel(le)s reconnaissent que le manque de temps les empêchent de fournir des soins adéquats et de répondre aux besoins individuels.

13. Facteurs influençant le vécu de la fausse couche précoce :

L'analyse des données met en avant l'influence de certains facteurs sur le vécu des couples suite à une fausse couche précoce. Le vécu d'un tel événement serait meilleur selon la parité, une grossesse non voulue et une cause médicale responsable de la perte identifiée. Le vécu est plus difficile en fonction d'un manque d'informations, d'un antécédent de fausse couche, d'une grossesse voulue/planifiée, de l'absence de cause, d'une échographie et de discordes conjugales. Enfin, la qualité de la prise en charge des professionnel(le)s est à considérer ainsi que le contexte socioculturel dans lequel évoluent les couples.

Dans leur revue de littérature, Stratton et Llyod (2008), mentionnent la présence de débats quant à la reconnaissance de ces facteurs comme influençant le chagrin et la douleur des couples. Les chercheurs ne sont pas tous d'accord pour reconnaître leur impact sur le vécu des couples lors d'une fausse couche précoce. Les deux auteurs parlent aussi de facteurs tels que la difficulté de concevoir, l'absence de partenaire et des événements de vie stressants. Mais pour eux, les facteurs importants à considérer sont plutôt un antécédent de dépression, d'anxiété ou de trouble psychiatrique et un manque, une absence de soutien social. Enfin, la douleur de la perte précoce n'est pas une question de temps, d'âge gestationnel mais de sens individuel attribué à la grossesse. Dans l'étude quantitative (n=109) d'Evans, Llyod, Considine & Hancock (2002), les femmes qui n'ont pas de partenaires ont une détresse psychologique significativement plus élevée que les femmes ayant un partenaire (mesures évaluées à l'aide du GHQ-12, $p=0.03$ et de l'EDS, Edinburgh Perinatal Scale, $p=0.03$).

14. La grossesse d'après :

L'analyse des données montre qu'une grossesse après une fausse couche précoce est source d'anxiété, de stress, d'angoisse et de peur qu'un même événement survienne durant

la nouvelle grossesse. Dans leur étude quantitative (n=305), Séjourné, Callahan & Chabrol (2010) apportent des précisions. En effet, 82% des femmes ont peur pour une prochaine grossesse. Sentiment d'autant plus fort chez les femmes ayant fait plusieurs fausses couches (p=0.006). L'étude quantitative (n=108) de Bergner, Reinhard, Klapp & Rauchfuss (2008) apporte des résultats complémentaires. En effet, les femmes avec un antécédent de fausse couche précoce souffrent significativement plus d'anxiété lors du premier trimestre d'une nouvelle grossesse que des femmes sans antécédent de fausse couche (p<0.05). Les femmes qui ont vécu plusieurs fausses couches souffrent significativement de plus d'anxiété que celles qui en ont vécu une (p=0.016) et que les femmes qui n'en n'ont jamais vécu (p=0.043). Enfin, les femmes qui ont dépassé, dans la nouvelle grossesse, l'âge gestationnel auquel était survenu la fausse couche ont un niveau d'anxiété significativement plus bas que les femmes n'ayant pas encore passé le terme (p<0.05). L'étude quantitative (n=35) de Tsartsara & Johnson (2006) complète les données. Ils confirment le niveau significativement plus élevé d'anxiété chez des femmes ayant eu des fausses couches en comparaison à celles qui n'en n'ont pas vécu (p=0.001, mesure évaluée à l'aide du Pregnancy Outcome Scale). En revanche, ce niveau d'anxiété, chez les femmes avec antécédent de fausse couche baisse significativement au troisième trimestre de la nouvelle grossesse (p=0.024, mesure évaluée à l'aide du Pregnancy Outcome Scale). L'attachement materno-fœtal augmente significativement au troisième trimestre autant chez les femmes avec antécédent de fausse couche que sans antécédent (p=0.002, mesure évaluée à l'aide de la Maternal Antenatal Attachment Scale). Il n'a pas été montré d'impact significatif de la fausse couche quant à l'attachement materno-fœtal au premier trimestre de la première grossesse chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche. Ces nouvelles études permettent de compléter les données de la revue de littérature. Ainsi, la fausse couche précoce a un impact concernant surtout le premier trimestre d'une nouvelle grossesse en terme d'anxiété. Mais cet effet semble transitoire et le retour à un niveau de réponse normale apparaît au fil des trimestres d'une nouvelle grossesse.

15.Implication pour la pratique professionnelle :

Les résultats donnent des pistes concrètes pour la pratique professionnelle, telles qu'une qualité dans la relation de la part des professionnel(le)s, proposer un soutien psychologique, offrir un entretien post fausse couche afin d'évaluer le bien-être des couples ainsi qu'un support informatif.

Dans leur revue de littérature, Stratton & Lloyd (2008) sont d'accord sur l'importance de donner une information mais il existe un temps pour le faire. En effet, ce n'est pas lorsqu'il y

a des réactions telles que le déni, le choc qu'elle doit être apportée, car ces réactions interfèrent la compréhension et l'enregistrement des données. Il est préférable d'attendre quelques temps après. Ces deux chercheurs montrent aussi que la prise en charge par une sage-femme satisfait d'autant plus les patientes. En effet, d'après les dires des femmes, les sages-femmes montrent plus d'empathie, donnent des informations complètes et renforcent les femmes quant à leur estime d'elles-mêmes. Ceci se retrouve dans l'étude qualitative (n=9) de Jean Rowlands & Lee (2010), qui confirme la différence de prise en charge lorsqu'il s'agit d'une sage-femme. Enfin, ils recommandent une prise en charge soutenante, adéquate et empathique qui considère la variété de réponses émotionnelles, respecte le vécu de chacun et se soucie du sens de la grossesse. L'information est orale, donnée par des professionnel(le)s mais doit aussi être écrite, sous forme de brochure par exemple. Celle-ci devrait évoquer le deuil et ses étapes, le processus de la fausse couche, le soutien social et émotionnel, des personnes de référence à qui s'adresser. La revue de littérature de Geller, Psaros & Kornfield (2010) rajoutent que des informations adéquates et au bon moment augmentent la satisfaction des couples quant à leur prise en charge post fausse couche. Ces auteurs précisent d'autres informations telles que les causes de la fausse couche, sa prévalence, le processus physique et émotionnel, les implications pour les grossesses futures, les saignements vaginaux post fausse couche, la douleur, le retour à un cycle normal, contenues dans la brochure.

Concernant la question d'un suivi après la fausse couche précoce, l'étude quantitative d'Evans, Llyod, Considine & Hancock (2002) a interrogé 43 professionnel(le)s prenant en charge des femmes concernées par des fausses couches précoces. Ainsi, 98% d'entre eux estiment qu'un suivi devrait être proposé systématiquement aux femmes après l'évènement. 86% pensent que le meilleur type de suivi serait d'orienter les femmes vers une personne de référence. Pour l'étude qualitative (n=9) de Jean Rowlands & Lee (2010), un entretien téléphonique, quelques temps après la fausse couche, donne l'opportunité aux femmes d'avoir des informations complémentaires, de s'exprimer sur leur vécu, leurs difficultés et d'avoir quelqu'un avec qui discuter. Geller, Psaros & Kornfield (2010), rapportent plusieurs types de suivi dans leur revue de littérature. Entretien de routine avec un gynécologue ou un psychologue ou une sage-femme, visite à domicile d'une sage-femme, entretien téléphonique, autant de variétés de suivis proposées mais tous les chercheurs reconnaissent l'importance d'une telle offre pour les femmes. Cela montre la reconnaissance et la validation des professionnel(le)s quant au vécu des femmes lors d'une fausse couche précoce. La recherche quantitative (n=305) de Séjourné, Callahan & Chabrol (2010) précise encore les données. 87% des femmes pensent qu'une discussion avec un médecin est utile, 70% voient la possibilité de contacter un(e) professionnel(le) de santé comme bénéfique, 64%

souhaitent profiter d'une entrevue et 64% souhaitent un groupe de thérapie. 55% des femmes pensent qu'avoir une brochure informative est aidant tout comme un suivi psychologique (48%). En terme de temps, 63% mentionnent un suivi immédiat comme le plus aidant, 48% dans les quelques jours après la fausse couche et 34% quelques semaines après. Mais les études abordant ce moment idéal d'un suivi restent rares tout comme celles qui incluent le partenaire dans les propositions de suivi. Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires afin d'analyser ces dimensions.

Synthèse de la discussion

Cette revue de littérature donne un aperçu de la variété de réactions face à la fausse couche précoce. Si la fausse couche précoce entraîne une détresse psychologique chez les femmes, les auteurs sont dans l'ensemble d'accord pour dire qu'elle est néanmoins transitoire et qu'elle ne touche pas toutes les femmes. L'évolution et le retour à une réponse normale se fait selon un temps qui est propre à chacun, en lien à son histoire personnelle et en fonction de facteurs qui influencent le vécu.

Mais la fausse couche précoce a un impact corporel qui est à ne pas négliger. Le corps porte les marques de l'histoire individuelle de chaque personne, garde en mémoire le moindre évènement, le moindre ressenti lié à une expérience. Le corps est mis à mal, est soumis à de rudes épreuves dans la fausse couche précoce. Il est essentiel de ne pas oublier cet aspect afin que le vécu physique soit le moins douloureux et difficile possible.

La fausse couche précoce amène à la perte de la grossesse. Cette perte, même si tôt qu'elle soit dans la grossesse, a une signification individuelle et prend sens dans l'histoire personnelle du couple en lien avec la grossesse qui était débutée, en lien le bagage de chacun. Si l'on se reporte au cadre de références théoriques, on pourrait dire que le vécu qu'amène cette perte est similaire à un processus de deuil. D'ailleurs, dans cette revue de littérature, certains auteurs sont d'accord pour le reconnaître. Il existe tout d'abord un temps de réactions fortes, en lien à l'annonce de la perte, puis un ensemble d'émotions permettant son intégration progressive dans l'histoire de vie. Enfin, la dernière étape est l'acceptation, la résolution, qui permet de continuer à vivre avec la perte. De même, on pourrait aussi parler de deuil périnatal, car la fausse couche précoce amène à vivre une forte culpabilité, entraînant un sentiment de responsabilité des femmes dans la fausse couche. Ce vécu est à nuancer car il n'est pas généralisable à toutes femmes ayant vécu une fausse couche précoce. Certaines y voit un apprentissage, une occasion d'aller de l'avant et non pas un deuil. Mais comme vu dans le cadre de références théoriques et cette revue de littérature, la fausse couche précoce est une perte complexe du fait du statut de l'embryon, du fœtus, d'un ensemble de facteurs qui influencent le vécu, du tabou et du silence qui règnent autour ainsi que du manque de rituels pour faciliter le processus d'acceptation de la perte.

Si l'on s'intéresse particulièrement au vécu des femmes c'est parce qu'elles sont les premières à vivre la fausse couche précoce. Mais il ne faut pas en oublier le vécu de leurs conjoints, aussi affectés par la perte de la grossesse. La littérature souligne toutefois des différences de réactions entre femmes et hommes. Même s'ils sont globalement moins

affectés, qu'il est mesuré moins de détresse psychologique, ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas se préoccuper, en tant que professionnel(le)s de leur vécu. Car celui-ci est souvent mis de côté. Plus largement, la fausse couche précoce affecte aussi l'entourage, qui parfois, ne sait pas trop comment réagir et faire face à la souffrance du couple. La revue de littérature montre que l'entourage est une des ressources essentielles pour les couples vivant une fausse couche précoce pour les accompagner et les soutenir dans le processus d'intégration de la perte. D'ailleurs, lors d'une nouvelle grossesse, la revue de littérature montre qu'un antécédent de fausse couche précoce n'a qu'un effet transitoire sur une prochaine grossesse. Il y aura plus d'anxiété lors du premier trimestre mais un retour à une réponse normale se fait au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. Mais l'ensemble de ces données sont à mettre en relation avec certains facteurs qui peuvent influencer le vécu des couples. La littérature en répertorie un certain nombre, comme vu dans la discussion. Les auteurs ne sont pas tous d'accord pour reconnaître leur impact sur la santé mentale du couple lors d'un tel événement. Ainsi, il convient tout de même d'en avoir une représentation générale et de toujours se questionner sur l'investissement et sur le sens de la grossesse, par le couple. En tant que future professionnelle, il est à noter que la revue de littérature souligne que le point de vue et le regard des professionnel(le)s sur la fausse couche et le vécu du couple sont essentiels et influencent leur santé mentale. L'implication pour la pratique professionnelle de cette revue de littérature est importante. Elle donne un aperçu d'un ensemble de besoins, de pistes concrètes à mettre en place afin d'améliorer le vécu des couples lors d'une situation de fausse couche précoce.

Retour dans la pratique

1. Facteurs de risque et facteurs protecteurs:

Quel(le)s que soient les professionnel(le)s, sage-femme, médecin, infirmière, psychologue... tous sont confronté(e)s un jour à la rencontre d'un couple qui a vécu une fausse couche précoce. Bien que la littérature relève les divergences d'avis des auteurs ayant étudiés les facteurs pouvant influencer le vécu des couples il est important d'en apporter une vision d'ensemble. Car qu'ils influencent le vécu positivement ou négativement, les connaître permet, en tant que professionnel(le)s d'être attentif à la santé psychique du couple et de pouvoir l'orienter vers un réseau d'aide et de soutien afin de l'accompagner au mieux dans son vécu

a. Facteurs de risque d'un vécu difficile:

- investissement de la grossesse
- antécédents de fausse couche précoce
- grossesse voulue
- antécédent de dépression, d'anxiété ou de trouble psychiatrique
- manque d'informations
- peu ou pas de soutien
- absence du partenaire
- aucune cause médicale retrouvée
- réalisation d'une échographie
- discordes conjugales
- pression du contexte socioculturel
- difficulté de concevoir
- évènements de vie stressants

b. Facteurs protecteurs:

- soutien du conjoint
- soutien social
- grossesse non voulue
- parité
- prise en charge adéquate des professionnel(le)s

2. Brochure informative:

Comme vu au cours de cette revue de littérature, un manque d'information contribue à un vécu plus difficile pour les couples et à une insatisfaction de la prise en charge. Les couples sont aussi en demande d'une information adéquate et précise. Par ailleurs, les auteurs cités dans la discussion donnent des pistes concrètes sur le contenu "idéal" d'une brochure à l'intention des couples lors d'une situation de fausse couche du premier trimestre. Enfin, la

prise en charge des femmes concernées se fait en service de gynécologie, aux Hôpitaux Universitaires de Genève (H.U.G) et dans d'autres villes. Les femmes peuvent aussi être orientées vers le planning familial. Après renseignements auprès des infirmières du service de gynécologie des H.U.G et des professionnel(le)s du planning familial, il s'avère qu'il n'existe pas de brochure informative spécifique à la fausse couche du premier trimestre. Ainsi, il pourrait être utile d'en constituer une. Ceci permettrait d'apporter un soutien informatif aux couples et donc de participer à l'amélioration du vécu de leur situation. Voici un résumé des points que devrait contenir cette brochure.

- définition de la fausse couche du premier trimestre
- épidémiologie
- étiologies
- processus physique (la douleur, les saignements)
- traitement et prise en charge
- processus émotionnel (deuil périnatal, étapes du deuil, variété des réactions et significations de la perte)
- vécu du conjoint
- vécu de l'entourage
- implications pour les grossesses futures
- réseau de professionnel(le)s (sage-femme spécialisée, sage-femme indépendante, planning familial, centre périnatal, professionnel(le)s de l'établissement)
- réseau associatif (caritas, AGAPA Suisse-Romande, associations de parents et de professionnel(le)s)

3. Rites et rituels:

La complexité du vécu d'une situation de fausse couche précoce est en partie due au silence, au tabou, au manque de reconnaissance sociale et légale, à l'absence de rites et de rituels, facilitant l'intégration de la perte de la grossesse. La symbolisation, au travers de rituels, comme le pense Tisseron (2013) est le fait de "parvenir à transformer les informations corporelles, sensorielles et émotionnelles en éléments psychiques de façon que ceux-ci s'intègrent dans le monde de nos représentations préexistantes" (p 32). Symboliser revient donc à mettre du sens à ses sensations, ses émotions. Ainsi, amener les couples ayant un vécu difficile dans une situation de fausse couche précoce, à symboliser leur expérience, peut les aider dans le processus d'acceptation de la perte. Cela peut se faire par le biais d'un livre d'or, d'une peinture, d'un dessin, l'écriture d'une lettre, d'une réalisation à

l'aide des images d'échographies ou toute autre envie des parents. Actuellement, les jardins des souvenirs sont en plein essor dans les cimetières. A Lausanne, Yverdon et bientôt Genève, ces lieux laissent une place au deuil périnatal. Mais pour le moment, seules les pertes de la grossesse à partir de 12-13 semaines de grossesse semblent être prises en considération. Ainsi, il reste encore une place à accorder à ces pertes précoces, dans ces lieux.

4. Groupe de soutien:

L'une des stratégies pour faire face au vécu de la fausse couche précoce, mise en évidence par les femmes, est le partage de l'expérience avec d'autres femmes ayant vécu la même chose. Que ce soit une rencontre formelle ou informelle, les femmes parlent du soutien qu'un tel groupe leur apporte. Renseignements pris aux H.U.G sur l'existence de rencontres, sur l'orientation des femmes ayant un vécu difficile suite à une fausse couche, il existe un groupe de deuil périnatal avec l'association Caritas. 6 rencontres payantes sont organisées, le groupe est ouvert à tous parents vivant un deuil périnatal et traite de différentes thématiques. Par ailleurs, la dimension des rituels pour aider à l'acceptation de la perte est intégrée. Mais pour les lieux et les structures hospitalières où il n'existe pas de groupe de la sorte ou de lien avec une association, il serait intéressant de mettre en place un groupe, des rencontres formelles concernant l'ensemble des parents vivant un deuil périnatal. Une sage-femme, spécialiste de cette thématique pourrait animer ces rencontres. Mais pour ne pas freiner la participation et l'investissement des couples, il faudrait que ce groupe soit gratuit. Enfin, cette revue de littérature met en évidence le manque de reconnaissance du vécu des couples, par les professionnel(le)s. Et ceux-ci parlent du manque de temps, de la charge importante de travail qui les empêchent d'être attentifs et à l'écoute des couples. Ainsi, un tel espace de parole serait utile et bénéfique pour les couples. Mais la réalité de la pratique fait prendre conscience que cela n'est pas réalisable et applicable dans toutes maternités.

5. Entretien:

Cette revue de littérature met en évidence que les professionnel(le)s sont dans l'ensemble d'accord pour dire qu'il faut proposer un suivi aux femmes ayant un vécu douloureux. Mais il n'y a pas de résultats significatifs qui déterminent un type de suivi plus particulier ni un moment propice où le suivi serait le plus bénéfique. Ainsi, en fonction de la réalité de la pratique, des possibilités logistiques, des disponibilités et de l'investissement des professionnel(le)s, différentes formes de suivis peuvent être mises en place : entretien

téléphonique, rendez-vous formel, rencontre à domicile ou alors une évaluation du bien-être psychique intégrée au rendez-vous médical de contrôle usuel post fausse couche. Il serait nécessaire au préalable d'évaluer en fonction de chaque établissement la demande et les besoins des couples afin de répondre au mieux à leur demande. Sur Genève, d'après les infirmières du service de gynécologie des H.U.G, si le vécu de la femme est douloureux, l'orientation se fera vers le planning familial ou vers un psychologue/psychiatre de liaison. Au planning, les sages-femmes proposent des entretiens individuels avec les femmes afin d'évoquer leur vécu et de les accompagner au mieux. Ainsi, en tant que sage-femme aux urgences, en consultations, parfois en service de gynécologie, il est important de comprendre quel peut être le vécu des femmes lors d'une fausse couche du premier trimestre. Par ailleurs, il est aussi important d'intégrer le conjoint et de s'intéresser à son vécu, qui peut tout aussi être difficile. Première professionnelle au contact de ces couples, il est aussi essentiel de connaître l'ensemble du réseau de soutien afin d'orienter au mieux les couples.

6. Rôle des professionnel(le)s:

a. Rôle des professionnel(le)s

D'après les résultats de la revue de littérature, les couples ont besoin de reconnaissance, de validation de leur vécu et d'une attitude bienveillante de la part des professionnel(le)s. De telles caractéristiques dans la relation soignant(e)-soigné(e) augmentent la satisfaction des couples quant à leur prise en charge et constituent un élément clé dans leur vécu. Ainsi, un(e) professionnel(le) (sage-femme, médecin, infirmière...) doit accompagner les couples durant le processus émotionnel lié à la fausse couche précoce. Accompagner ne veut pas dire faire à leur place, mais être à côté d'eux, afin de faire émerger l'ensemble de leurs capacités, leurs ressources pour faire face à la situation. Accompagner, c'est rendre le couple acteur de son processus, de ses expériences. Le rôle des professionnel(le)s est alors de garantir un cadre de sécurité, de créer un espace dans lequel le couple peut se laisser aller à vivre. Mais l'accompagnement du vécu émotionnel nécessite des compétences relationnelles de la part du professionnel. Il y a les diverses qualités de la relation d'aide décrites par Rogers qui sont l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle. Se rajoute à cela l'humilité, le lâcher prise, le respect, la disponibilité... C'est par ce biais là que le couple, dans un environnement sûr et suffisamment de confiance, pourra se livrer.

Accompagner signifie que les professionnel(le)s se mettent à la hauteur du couple afin de le considérer dans toute son humanité et son individualité. C'est accepter qu'il sache autant de choses que soi-même et qu'il en a autant à apporter. C'est aussi considérer ses besoins, ses envies, ses attentes. C'est tenter de comprendre son contexte de vie, sa culture, son vécu d'une situation particulière, d'un moment de vie particulier, enfin c'est s'intéresser à l'ensemble des dimensions dans lesquelles il évolue et qui le façonnent. C'est comprendre l'ensemble de l'histoire du couple, de la femme et de l'homme qui le compose, histoire qui teinte le vécu dans une situation de fausse couche du premier trimestre.

Pour Cifali (1997), accompagner signifie "au minimum c'est aller avec. Nous sommes dans l'effluence d'une intersubjectivité." (p. 2). Ainsi, l'accompagnement est la rencontre de deux subjectivités, celle d'un(e) professionnel(le) et celle de l'autre. La rencontre et la relation avec autrui sont influencées par les propres histoires, affects et émotions de chacun. L'accompagnement n'est donc pas neutre. L'émotion fait partie intégrante du processus d'accompagnement. Le plus dur est de faire preuve d'une intelligence émotionnelle, qui selon Tisseron (2013) "réside dans la capacité à savoir, reconnaître, analyser et maîtriser ses émotions, surtout quand elles nous perturbent ou nous dépriment" (p. 58), cela afin d'être disponible pour l'autre. La rencontre avec le couple, le soutien apporté par le professionnel, comme le mentionne Cifali (1997), ne se fait "qu'à travers une présence, une authenticité. (p.121). Pour Cifali (1997), " l'intelligence clinique revient à la fois à être impliqué et désimpliqué, être touché mais n'être pas envahi. On n'est jamais à la bonne distance. C'est un travail constant que d'être à la bonne distance, mais un tel travail permet au professionnel comme à l'autre de ne pas payer un prix trop lourd." (p. 12). C'est donc dans un va et vient constant entre la proximité, l'intimité, le partage et la prise de recul, l'objectivité que la distance relationnelle entre un(e) professionnel(le) et le couple se régule. Enfin, c'est avec l'ensemble de ces compétences relationnelles que les professionnel(le)s participe au processus d'acceptation de la perte précoce de la grossesse, dans une situation de fausse couche précoce. Ainsi, dans les situations où l'accompagnement est plus difficile, les professionnel(le)s doivent guider et orienter vers un réseau, vers un(e) autre professionnel(le) pouvant prendre le relais afin d'accompagner au mieux le couple dans son vécu.

b. Sensibilisation des professionnel(le)s

La revue de littérature montre que les professionnel(le)s ne sont pas unanimement d'accord de reconnaître qu'une fausse couche du premier trimestre peut amener un vécu douloureux, parfois impliquant un processus de deuil périnatal. Ainsi, pour que les professionnel(le)s puissent accompagner et soutenir au mieux les couples, il paraît important de les informer

d'un tel vécu et de les sensibiliser à cette thématique. La sage-femme est une spécialiste de la grossesse, elle possède des capacités relationnelles et d'accompagnement qui lui sont propres. L'une des compétences du métier est de transmettre son art. Peut-être que cette revue de littérature en est l'occasion.

Conclusion générale

Cette revue de littérature interroge deux thématiques, la fausse couche du premier trimestre et le deuil périnatal, qui n'ont pas l'habitude d'être associées. Ainsi, au travers d'un cadre de références théoriques, il a été posé les bases des concepts permettant de comprendre ce qui se passe durant une fausse couche précoce, le vécu d'un deuil et les enjeux d'un début de grossesse. Cela éclaire la compréhension du lecteur et suscite des interrogations quant au vécu des couples vivant une fausse couche du premier trimestre. Par ailleurs, les aspects éthiques et les questions relatives aux aspects juridiques concernant le fœtus, l'embryon montrent que le questionnement, induit dans cette revue de littérature, est complexe.

Pour tenter de le résoudre et d'apporter des éléments de compréhension, une revue de littérature a été réalisée selon une méthodologie explicitée. Bien que celle-ci suive des règles précises, le processus de recherche de cette revue de littérature comporte toutefois certains biais ainsi que les études la constituant. De ce fait, l'ensemble des apports de cette revue n'est pas exhaustif. Il en revient à chaque lecteur de faire une mise à jour régulière des données sur la thématique de la fausse couche précoce et du deuil périnatal.

Mais l'ensemble des études sélectionnées et analysées pour cette revue de littérature apporte tout de même des réponses aux deux questions de recherche initialement posées. En effet, l'analyse des données ainsi que leur discussion apportent des éléments de réponse quant au vécu des couples vivant une fausse couche du premier trimestre. L'arrêt d'une grossesse provoqué par la fausse couche est un événement douloureux pour une femme, pour un couple même vécu dans les premiers mois. Il vient arrêter les désirs et les planifications du couple. L'ensemble du processus émotionnel suite à une fausse couche précoce est similaire à un deuil.

Cependant, ce vécu est à nuancer car il n'est pas généralisable à toutes femmes, à tous couples ayant vécu une fausse couche précoce. Cette perte, même tôt dans la grossesse, a une signification individuelle et prend sens dans l'histoire personnelle du couple en lien avec la grossesse qui était débutée, en lien avec le bagage de chacun. Ainsi, le vécu des couples lors d'une fausse couche du premier trimestre est à considérer, à reconnaître, à valider mais aussi à comprendre selon chacun. C'est à cela que tout(e) professionnel(le) doit faire attention. Il n'y a jamais de routine, il n'y a jamais de banalité, il n'y a jamais de quotidien dans la pratique, il n'y a jamais de situation ni de vécu identiques. Chaque professionnel(le) doit sans cesse s'interroger, se questionner, tenter de comprendre dans

l'individualité ce qui se joue pour un couple, d'autant plus lorsqu'il y a eu une grossesse. Ainsi, il est du rôle de la sage-femme, spécialiste de la grossesse de sensibiliser et de rendre attentif l'ensemble des professionnel(le)s au vécu du couple lors d'une fausse couche du premier trimestre.

Lexique

Acide folique : vitamine du groupe B, contenue dans de nombreux aliments (foie, épinards, etc.), nécessaire à la synthèse de l'A.D.N.

Aménorrhée: absence de règles

Annexes foetales : organes temporaires édifiés par l'embryon en vue d'assurer sa protection et ses échanges avec le milieu extérieur ou l'organisme maternel (cordon, placenta, membranes, liquide amniotique)

βHCG: gonadotrophine chorionique humaine. Hormone présente chez la femme enceinte et sécrétée par le placenta.

Chromosome : structure cellulaire microscopique représentant le support physique des gènes et de l'information génétique

Maladie auto-immune : maladie au cours de laquelle le système immunitaire détruit certains des tissus de son organisme, les reconnaissant comme étranger.

Métrorragie : saignement abondant, hémorragie géniale haute.

Misoprostol : hormone de synthèse proche de la prostaglandine. C'est un anti-ulcéreux. En obstétrique, son utilisation permet la maturation cervicale et la présence de contractions utérines.

Progestérone : hormone sécrétée par le corps jaune de l'ovaire, qui a la propriété de rendre la muqueuse utérine apte à la nidation, au maintien et au développement de l'œuf fécondé.

Prostaglandines : substance dérivée des acides gras. En obstétrique, leur utilisation permet la maturation cervicale et la présence de contractions utérines.

Semaine d'aménorrhée (SA) : unité de mesure du temps utilisée en obstétrique pour calculer l'âge de la grossesse.

Zygote : nom donné à l'œuf fécondé, c'est-à-dire à la cellule vivante encore non divisée.

Liste de références bibliographiques

- Alef Thorstensen, K. (2000). Midwifery management of first trimester bleeding and early pregnancy loss. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (6), 481-497.
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss : a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (2), 105-113.
- Clerget, S. (2007). *Quel âge aurait-il aujourd'hui?*. Paris : Fayard.
- Cifali, M. (1997). *Une altérité en acte. Grandeurs et limites de l'accompagnement*. Accès <http://mireillecifali.ch/wp/publications/articles-1976-1999/>
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2006). *Fausse couches précoces et rétentions ovulaires. Prises en charge immédiate*. Accès http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GO_117_agostini.pdf
- Conseil Fédéral Suisse. (2004). *Ordonnance sur l'état civil*. Accès <http://www.admin.ch/opc/fr/classifiedcompilation/20040234/201401010000/211.112.2.pdf>
- Dallenbach, P. (2009). Abortus du premier trimestre. Accès http://gyneco-obstetrique.hug-g.ch/docs_protocoles/fiches_gynecologies/12_Abortus_1erTrim.pdf
- Delaisi de Perseval, G. (1997). Les deuils périnataux. Accès <http://genevieve.delaisi.free.fr/pages/deuilsperinataux.html>
- Delaisi de Perseval, G. (2004). *La part du père*. Paris : Seuil.
- Delamare, A. & Boucher, O. (2010). *La grossesse après un antécédent de perte périnatale. (Travail de Bachelor non publié)*. Haute Ecole de Santé Genève.
- Delassus, J-M. (2008). *Le corps du désir. Psychanalyse de la grossesse*. Paris : Dunod.
- Evans, L., Lloyd, D., Considine, R., Hancock, L. (2002). Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry : a hospital based study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42 (2), 155–160.
- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L. & Garcia, J. (2007). The loss of possibility : scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29 (7), 1003-1022.
- Garel, M. & Legrand, H. (1995). *Une fausse couche et après ?*. Paris: A. Michel.
- Garel, M. & Legrand, H. (2005). *L'attente et la perte du bébé à naître*. Paris : A. Michel.
- Geller, P.-A. & Psaros C. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare : are women getting what they want ? *Archives of Women's Mental Health*, 13 (2), 111-124.

- Goerke, K. (2004). *Atlas de poche d'obstétrique*. Paris : Flammarion.
- Hanus, M. (1998). *Les deuils dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Maloine.
- Hoehn, K. & Marieb, E. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Paris : Pearson ; Saint-Laurent : ERPI
- Jean Rowlands, I. & Lee, C. (2010). The silence was deafening : social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (3), 274-286.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lejeune, V. & Carbonne, B. (2007). *Fausse couches et morts fœtales*. Paris : Masson.
- Limbo, R., Glasser, J. & Sundaram, M. (2014). "Being sure". women's experience with inevitable miscarriage. *The American journal of Maternal /Child Nursing*, 1-10.
- Marinopoulos, S. & Nisand, I. (2007). *9 mois et cætera*. Paris : Fayard.
- Missonnier, S., (2007), Le premier chapitre de la vie. Nidification parentale. Nidation fœtale. *La psychiatrie de l'enfant*, 1, 61-80 Accès <http://www.rap5.org/Data/Documents/files/PERINATALITE/Missonnier%20PUF%20-%20Version%20publi%C3%A9e%20TOTALE%20Corr%20%C3%A9preuves%20Bibli o.pdf>
- Murphy, F. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325-332.
- Pellegrinelli, J.-M. (2013). Grossesse non évolutive. Mort in utéro. Fausse couches tardives. Accès http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/docs_protocoles/fiches_pratiques_obstetrique/39_Grossesse_non_evolutionne_mort_in_uter o.pdf
- Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès
- Rai R, & Regan L. (2006) Recurrent miscarriage. *Lancet*, 368, 601-611.
- Savary, M. (2002). *Des rites funéraires traditionnels aux cérémonies de souvenirs actuelles*. Accès <http://epssel.univ-comte.fr/ressources/bibliotheque/dossiers/MILLETSAVARY2002.PDF>
- Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage : what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (4), 403-411.
- Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2009). La fausse couche : une expérience difficile et singulière. *Médecine & Hygiène*, 21, 143-157.

- Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2008). L'impact psychologique de la fausse couche: revue de travaux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 37, 435-440.
- Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2008). Avortement spontané et culpabilité : une étude qualitative.
- Sénat (2014). *Étude de législation comparée n° 184 - avril 2008 - Les enfants nés sans vie*. Accès http://www.senat.fr/lc/lc184/lc184_mono.html
- Simmons, R., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P. & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK : qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medecine*, 63, 1934-1946.
- Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide*. Toulouse : Erès.
- Stratton, K. & Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage : literature to inform a research-practice initiative. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, 48, 5-11.
- Swanson, K., Karmali, Z., Powell, S. & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. *Psychosomatic Medecine*, 65, 902-910.
- Truc, G. (2006). *La paternité en maternité. Une étude par observation*. Accès <http://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2006-2-page-341.htm>
- Tsartsara, E. & Johnson, M. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 173-182.

Liste bibliographique

- Bydlowski, M. (2002). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris : O. Jacob
- Bruwier, G. (2012). *La grossesse psychique. L'aube des liens*. Bruxelles : Fabert.
- Chan, A. (2011). *Décès et deuil périnatal*. Accès <http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/deces-et-deuil-perinatal.pdf>
- Frydman, R. (2005). *Lettre à une mère*. Paris : O6
- Frydman, R. & Flis-Trèves, M. (Dir.). (1997). *Mourir avant de n'être? Colloque Gynécologie Psychologie 1*. Paris: O. Jacob.
- Haussaire-Niquet, C. (2004). *Le deuil périnatal : le vivre et l'accompagner*. Barret-sur-Méouge : Le Souffle d'Or.
- Lacombe, M. (1998). *Les perceptions des infirmières de la situation des femmes vivant une fausse couche*. (Mémoire). Faculté des sciences infirmières Université de Laval. Accès http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0026/MQ31742.pdf
- Marinopoulos, S. (2005). *Dans l'intime des mères*. Paris : Fayard
- Page, L-A. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*. Paris : Elsevier
- Repond Monnier, A-S. (2013). *Devenir père*. In, *cahier n°2 couple et arrivée de l'enfant* (pp. 48-53). Fondation PROFA.
- Stern, D. & Bruscheilwer-Stern, N. (2004). *La naissance d'une mère*. Paris: O. Jacob.